COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2025

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffière : Mme Huser

*****

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 26 LAA et 38 OLAA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, travaillait depuis le 1er mai 1996 comme opératrice de production pour l'entreprise E._____SA, à [...], et était à ce titre assurée de manière obligatoire contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 4 janvier 2009, l'assurée a subi une fracture du coccyx après avoir chuté dans les escaliers et elle a été en incapacité de travail depuis lors. La CNA a pris en charge le cas.

Le traitement médical a été marqué par la persistance de douleurs périnéales, ce qui a donné lieu, le 25 septembre 2009, à une coccygectomie. En raison d'une recrudescence des douleurs, des infiltrations ont été effectuées, lesquelles n'ont toutefois eu qu'un succès temporaire. Le 12 novembre 2010, une neurolyse du nerf pudendal droit a été réalisée. En raison d'une incontinence urinaire, l'indication pour une neuromodulation sacrée a été retenue. Le 3 avril 2013, un stimulateur médullaire a été mis en place, lequel a dû être déplacé chirurgicalement le 5 décembre 2014.

Le 11 mars 2014, la CNA a mandaté le Service de neurologie du Centre hospitalier X._____ ([...]) pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique), dont le rapport a été rendu le 26 janvier 2016. Les experts ont retenu un syndrome douloureux pelvien chronique post-fracture coccygienne et après ablation coccygienne, lequel limitait potentiellement les activités professionnelles, dès lors que ce syndrome nécessitait de changer régulièrement de positions. Ils ont relevé l'absence de déficits neurologiques, psychologiques et rhumatologiques. La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée permettant le changement de positions.

Après avoir procédé à des investigations sur le plan économique, la CNA a informé l'assurée, par courrier du 7 juillet 2016, que la situation médicale était considérée comme stabilisée et qu'elle allait mettre fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux avec effet au 31 août 2016, hormis quatre à six contrôles médicaux par année, la médication antalgique sur prescription médicale, ainsi que l'entretien et le suivi de son stimulateur médullaire et urologique qu'elle continuerait à prendre en charge.

Par décision du 1er septembre 2016, confirmée sur opposition le 11 mai 2017, la CNA a reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 10 %, considérant que l'assurée était à même, en ce qui concernait les seules suites de l'accident, d'exercer une activité légère permettant d'alterner les positions, assise et debout. Elle a en revanche nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

Par arrêt du 15 septembre 2020 (AA 73/17 - 160/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO) a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition du 11 mai 2017. Cet arrêt a été entériné par le Tribunal fédéral le 19 avril 2021 (arrêt 8C_755/2020) qui a notamment confirmé l’appréciation de la CASSO, selon laquelle les rapports médicaux produits par la recourante constituaient de simples appréciations médicales qui différaient dans leurs conclusions de celles de l'expertise pluridisciplinaire du 26 janvier 2016 et que leurs conclusions se fondaient uniquement sur les plaintes exprimées par la recourante. Le Tribunal fédéral a par ailleurs rappelé que la douleur, par sa nature, était essentiellement subjective et ne pouvait pas, selon l'état actuel de la science médicale, être objectivée par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie. Or, dans le consensus général, les experts du Centre hospitalier X._____ avaient retenu que l'examen neurologique était normal et particulièrement sans signes déficitaires aux fesses ou au périnée. En particulier, aucun symptôme plaidant en faveur du caractère neuropathique des douleurs (tels que brûlures, décharges électriques, fourmillements,

engourdissement, hypoesthésie etc.) n'avait été retenu. Le Tribunal fédéral a encore relevé que d'après les experts, les manifestations douloureuses sacrées sans déficit [organique] correspondaient à un syndrome douloureux pelvien chronique post-fracture coccygienne et après ablation coccygienne.

B. Le 16 juin 2023, l'assurée a déposé, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), une demande d'allocation pour impotent LAA, qui a été transmise à la CNA comme objet de sa compétence, accompagnée des pièces versées au dossier dans le cadre de cette demande, dont notamment :

- un rapport d'expertise du 7 octobre 2022 du H._____SA (H._____SA), dans lequel les experts ont en particulier considéré que l'atteinte neurologique figurait au premier plan et permettait d'expliquer les douleurs et leurs répercussions sur la capacité de travail. Ils ont fait état d'une douleur neuropathique et nociceptive mixte associée à une incontinence vésicale démontrée par l'expert neuro-urologue dans un contexte de lésions des structures osseuses et nerveuses. De l'avis des experts, il existait un substrat objectif aux douleurs dont se plaignait l'assurée, étant rappelé que celle-ci avait subi d'innombrables tentatives de traitements, sous forme médicamenteux, de physiothérapie, d'infiltrations et avec un stimulateur et que tous ces traitements s'étaient soldés par un échec qualifié de total ;
- un avis du 4 novembre 2022 de la Dre Z._____ du SMR, aux termes duquel cette médecin a conclu que l'expertise du H._____SA pouvait être suivie ;
- un rapport d'enquête au domicile de l'assurée établi le 15 mai 2023, dans lequel l'évaluatrice a retenu que celle-ci nécessitait l'aide permanente d'un tiers pour les actes « se laver » et « se déplacer ». En effet, compte tenu de limitations fonctionnelles neurologiques, l'assurée avait besoin d'aide pour se doucher, en raison des décharges

électriques dans les membres inférieurs qui la paralysaient, d'une instabilité et des troubles de l'équilibre. L'utilisation d'un tabouret n'était pas suffisamment sécuritaire, au vu des douleurs au bas du dos. L'assurée avait également besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur, compte tenu des limitations fonctionnelles neurologiques. Il lui arrivait de conduire la voiture mais uniquement en cas d'absolue nécessité et sur une très courte distance car cela engendrait des douleurs très fortes. L'évaluatrice n'a en revanche pas retenu la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ;

- un avis du 2 juin 2023, aux termes duquel le Dr K._____ du SMR a mentionné que les conclusions du rapport d'évaluation du 15 mai 2023 pouvaient être suivies du point de vue médical. En particulier, l'assurée avait médicalement besoin d'aide pour faire sa toilette et se déplacer mais disposait tout de même de ressources mobilisables lorsqu'elle n'avait pas le choix, ce qui ne rendait pas nécessaire un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par décision du 19 juillet 2023, la CNA a refusé à l'assurée le droit à une allocation pour impotent, au motif que celle-ci n'était pas tributaire de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie de façon régulière et importante et qu'elle n'avait en outre pas besoin d'une surveillance personnelle permanente.

Le 14 septembre 2023, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle s'est notamment référée au rapport d'enquête à domicile du 15 mai 2023.

Le 2 novembre 2023, l'assurée a complété son opposition et a produit un rapport du 26 octobre 2023 du Prof. V._____, spécialiste en neurologie, qu'elle a consulté pour faire évaluer son impotence. Aux termes de ses observations, le spécialiste précité a conclu que l'assurée

présentait des limitations qui aboutissaient à une impotence dans au moins deux actes ordinaires (faire sa toilette et se déplacer) et nécessitaient un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le Prof. V._____ s'est en particulier fondé sur une évaluation d'ergothérapie du 21 septembre 2023, ainsi que sur une évaluation neurologique du 11 octobre 2023 réalisée par lui-même.

Par décision sur opposition du 16 novembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Pour confirmer sa position, elle s'est essentiellement fondée sur les conclusions du rapport d'expertise du Centre hospitalier X._____ du 26 janvier 2016, rapport qui s'est vu reconnaître une pleine valeur probante, tant par la CASSO que par le Tribunal fédéral. En ce qui concernait en particulier l'expertise privée réalisée par le Prof. V._____, la CNA a constaté qu'elle renvoyait de nombreuses fois au rapport d'évaluation du service d'ergothérapie de la clinique [...] du 21 septembre 2023, que les conclusions de ces rapports étaient basées exclusivement sur les plaintes de l'assurée, le Prof. V._____ ayant parlé d'un tableau subjectif. La CNA en a conclu qu'elle devait tenir compte uniquement des suites causales et reconnues de l'accident du 4 janvier 2009, de sorte qu'il convenait d'exclure les limitations et plaintes qui dépasseraient celles admises par la décision sur opposition du 11 mai 2017 qui avait été confirmée par la CASSO puis par le Tribunal fédéral. Elle a rappelé que l'assurée n'avait objectivement pas besoin d'aide d'autrui, de façon régulière et importante, pour au moins deux actes ordinaires de la vie. En effet, au regard des seules séquelles objectivables de l'accident, l'assurée pouvait être objectivement considérée comme autonome, au besoin en utilisant un moyen auxiliaire, comme une planche de bain. Nonobstant le fait que la recourante estimait ce moyen inadéquat en raison de douleurs engendrées par l'assise, la CNA considérait qu'on ne pouvait raisonnablement et objectivement pas admettre ce raisonnement. Cela revenait à dire que l'assurée ne pouvait jamais s'asseoir, ce qui n'était pas soutenable.

C. Par acte de recours du 15 décembre 2023 adressé à la CASSO, la recourante, assistée de son conseil, a conclu principalement à l'octroi

d'une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1er janvier 2019 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a requis la tenue de débats publics.

A l'appui de son écriture, la recourante a produit le rapport du Prof. V._____ du 26 octobre 2023. Le neurologue relevait que le tableau subjectif était toujours caractérisé par les plaintes douloureuses génito-annales prédominant à gauche. Les diagnostics posés étaient identiques à ceux retenus lors de l'expertise du Centre hospitalier X._____. Le status neurologique montrait toutefois une diminution de la sensibilité périanale et du territoire pudendal postérieur à gauche, avec une gêne motrice lors du positionnement sur le dos, une difficulté aux mouvements des membres inférieurs, y compris dans la marche et les tests d'équilibre. Il constatait que les limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs, limitant la motricité et « de toute nature » des membres inférieurs, ainsi que le positionnement sur le dos et dans des positions prolongées assise ou debout. Ceci influençait l'ensemble des activités nécessitant la mobilisation de la patiente, en sus de la limitation liée à la présence de douleurs elles-mêmes. Le neurologue soulignait que l'appréciation du Dr J._____, expert auprès du H._____SA et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, concernait purement l'aspect psychiatrique, ce qu'il ne contestait pas, mais que les limitations aboutissant à une impotence étaient neurologiques. En ce qui concernait le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, le neurologue retenait que la présence de l'époux de la recourante ou de sa fille était nécessaire pour faciliter la mobilisation de la patiente, ses déplacements, et les éléments cités plus haut, comme pour faire la toilette ou mettre des chaussures ou les chaussettes. En revanche, une surveillance personnelle permanente n'était médicalement pas justifiée.

Pour l'évaluation des autres capacités fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne, le neurologue se référait aux rapports des ergothérapeutes qui avaient retenu les éléments suivants : la patiente était autonome pour se vêtir et se dévêtir. Elle assurait l'ensemble de ses

transferts de manière autonome. Elle était également autonome pour manger et pouvait se rendre aux toilettes sans moyen auxiliaire. En revanche, pour faire sa toilette et les soins du corps, elle était obligée de se doucher avec la présence d'une tierce personne. Celle-ci l'aidait pour enjamber la baignoire car elle en était incapable sans aide externe. Le transfert baignoire était non sécuritaire et impossible sans l'aide d'une tierce personne. Celle-ci restait également en surveillance lors de la douche, dans la mesure où la patiente pouvait se sentir comme paralysée à cause des douleurs, présenter des pertes d'équilibre, de l'instabilité, des vertiges et une peur de chuter. L'utilisation d'une planche de bain n'était pas adéquate en raison des douleurs engendrées par l'assise. Les douleurs dans les membres inférieurs et le dos la limitaient pour certains mouvements ainsi que dans l'utilisation de moyens auxiliaires. En ce qui concernait l'activité « se déplacer », les ergothérapeutes constataient que l'assurée était capable de se déplacer de manière indépendante sans moyen auxiliaire. Les déplacements étaient toutefois limités en raison des douleurs, de la fatigabilité importante ainsi que de la nécessité de changements de position réguliers. Elles notaient également un besoin d'assistance permanent pour les sorties en extérieur.

Par réponse du 5 février 2024, l'intimée, en se référant au rapport d'expertise du Centre hospitalier X._____ du 26 janvier 2016, a conclu au rejet du recours.

Dans des déterminations spontanées du 19 février 2024, la recourante s'est plaint en substance d'un manque de coordination entre l'OAI et la CNA.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition

n’est pas ouverte peuvent faire l’objet d’un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l’occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à se voir accorder une allocation pour impotent LAA.

3. **a)** L’art. 26 LAA dispose qu’en cas d’impotence (art. 9 LPGA), l’assuré a droit à une allocation pour impotent. Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Les conditions du droit à l’allocation sont les mêmes que celles requises pour le droit à une allocation pour impotent dans l’assurance-invalidité (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd. 2007, n. 245 p. 919). L’art. 38 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) définit trois degrés d’impotence (grave, moyenne et faible) qui se recouvrent avec ceux de l’art. 37 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Aussi bien la notion d’impotence est-elle identique dans les deux assurances (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 245 p. 919 et les références). Le montant mensuel de l’allocation pour impotent est fixé selon le degré d’impotence (art. 27 LAA). L’allocation pour impotent, qui est versée mensuellement, s’élève à six fois le montant maximum du gain journalier assuré en cas d’impotence grave, à quatre fois si elle est moyenne et à deux fois si elle est de faible degré (art. 38 al. 1 OLAA). Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a ; 124 II 241 consid. 4c ; 121 V 88 consid. 3a et les références ;

TFA I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1.1; TF 8C_158/2008 du 15 octobre 2008 consid. 2 et les références), les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art. 9 LPGA comprennent les six actes ordinaires suivants : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux W.-C. ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur ou établir des contacts. C'est pour compenser l'aide nécessaire à ces actes de la vie quotidienne que l'allocation pour impotent est octroyée.

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ou (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (art. 38 al. 3 OLAA).

L'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ou (b) d'une surveillance personnelle permanente, ou (c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité, ou (d) lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers (art. 38 al. 4 OLAA).

b) Selon la jurisprudence, l'exécution plus difficile ou ralentie, par l'infirmité, de certains des actes ordinaires de la vie ne constitue pas pour autant une impotence au sens de la loi (RCC 1986, p. 509). En outre, il n'y a pas d'impotence aussi longtemps qu'un assuré peut, grâce à des mesures appropriées – telles que par exemple le port d'habits sans boutons, de pantalons à taille élastique ou de chaussures sans lacets (TF 8C_437/2009 du 3 décembre 2009 ; RCC 1986, p. 509) –, conserver une certaine indépendance dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

c) L’impotence et l’invalidité sont deux choses différentes, quand bien même elles ont pour point commun la référence à la notion d’atteinte à la santé (cf. art. 7 et 8 LPGA, d’une part, et 9 LPGA, d’autre part). Par exemple, de nombreux assurés – notamment ceux qui sont paraplégiques – peuvent percevoir une allocation pour impotent mais pas une rente d’invalidité, grâce à une réadaptation professionnelle réussie. A l’inverse, on peut se trouver en présence d’assurés totalement invalides qui perçoivent une rente entière mais qui n’ont pas droit à une allocation pour impotent, dans la mesure où ils peuvent accomplir eux-mêmes les actes de la vie ordinaire (ATF 137 V 351 consid. 4.3). En résumé, l’allocation pour impotent sera allouée lorsque l’atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi (impossibilité d’accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins ou d’accompagnement), sans égard au fait que le degré d’invalidité ouvrant le droit à une rente soit atteint ou non (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l’assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 p. 599).

Par conséquent, seules les considérations relatives à la perte d’autonomie (besoin d’aide pour les actes de la vie quotidienne, besoin d’accompagnement durable, etc.) engendrée par l’atteinte à la santé sont déterminantes pour se prononcer sur l’impotence.

4. En l’espèce, l’intimée soutient principalement qu’il ressort de l’expertise du Centre hospitalier X._____, ainsi que de l’arrêt rendu par la juridiction cantonale et de celui de la Haute Cour, que des causes non organiques jouent également un rôle non négligeable dans les plaintes invoquées par la recourante, de sorte qu’elle n’aurait pas à prendre en charge, respectivement indemniser, l'entièreté des plaintes de l'assurée, « une partie de celles-ci allant bien au-delà de ce qui a été organiquement constaté et reconnu à [sa] charge ». Elle fait valoir que l'appréciation médicale du Prof. V._____ et le rapport du service d'ergothérapie de la Clinique […] se fondent uniquement sur « un tableau subjectif et l'entièreté des plaintes de la patiente faisant état des résultats d'auto-évaluations de [l’assurée] ». L’intimée précise à cet égard que les experts

du Centre hospitalier X._____ avaient retenu que l'examen neurologique était normal et particulièrement sans signes déficitaires aux fesses ou au périnée. Elle relève également qu'elle a, dans sa décision sur opposition du 11 mai 2017, confirmée par le Tribunal fédéral, nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assurée et son accident, en présence d'un accident somme toute de peu de gravité.

5. **a)** Il faut préalablement souligner que, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas de manque de coordination entre l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité. L'intimée ne soutient en effet pas qu'une partie des atteintes que présente la recourante serait liée à un état maladif, mais uniquement que les médecins traitants ne font que relayer les douleurs de l'assurée, douleurs, qui par leur nature, sont essentiellement subjectives et ne sont en l'occurrence pas objectivables par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie, comme l'ont constaté les experts du Centre hospitalier X._____, la CASSO et le Tribunal fédéral. A cet égard, le Prof. V._____ se réfère effectivement essentiellement aux plaintes subjectives de l'assurée. Il confirme de plus que les atteintes tout comme les limitations sont exclusivement dues aux atteintes neurologiques.

b) A l'instar de la recourante, on ne peut toutefois que constater le manque flagrant d'instruction de la part de l'intimée. Celle-ci ne pouvait tout simplement pas faire abstraction des documents qui lui ont été communiqués par l'OAI lorsqu'il lui a transmis la requête tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent. En effet, alors que ces documents figuraient au dossier de l'intimée, celle-ci n'a pas mentionné ni, a fortiori, fait l'analyse et discuté le rapport d'expertise du H._____SA du 7 octobre 2022, en le comparant notamment à l'expertise du Centre hospitalier X._____ réalisée en 2016. L'expert neurologue du H._____SA constate pourtant la présence d'une douleur neuropathique et nociceptive mixte associée à une incontinence vésicale, démontrée par l'expert neuro-urologue, dans un contexte de lésions des structures osseuses et nerveuses et conclut à l'existence d'un substrat organique objectif aux douleurs dont se plaint l'assurée.

Il en va de même de l’évaluation de l’impotence réalisée à domicile le 9 mai 2023 (cf. rapport du 15 mai 2023) qui retient, au vu des limitations fonctionnelles neurologiques, que l’assurée a besoin d’aide pour la douche du fait des décharges électriques dans les membres inférieurs avec une instabilité et des troubles de l’équilibre. L’utilisation d’un tabouret n’est pas suffisamment sécuritaire au vu des douleurs du coccyx nécessitant le besoin de bouger, comme cela a été objectivé lors de l’expertise neurologique et observé par l’évaluatrice. Aussi, ce n’est pas la position assise douloureuse seule qui est source de problèmes, mais également la nécessité d’assurer la sécurité de l’assurée lors de l’acte de « se laver », rendant indispensable la présence d’un tiers. Concernant l’acte « se déplacer », il est également retenu qu’au vu des limitations fonctionnelles neurologiques présentées par l’assurée, l’aide permanente d’une tierce personne se justifie médicalement.

Ainsi, le besoin d’aide pour deux actes ordinaires de la vie, corroboré par l’expertise du H._____SA, est exclusivement en lien avec la fracture au coccyx.

c) L’intimée n’ayant ni mentionné ces rapports ni procédé à leur analyse sous l’angle de l’assurance-accidents, il existe un défaut clair d’instruction qui justifie le renvoi de la cause à l’intimée, dès lors que c’est à elle qu’il incombe en premier lieu d’instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

6. **a)** La recourante a sollicité la mise en œuvre de débats publics.

Le juge peut cependant s’abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus à l’art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), lorsque la demande est abusive, chicanière, ou dilatoire, lorsqu'il apparaît clairement que le

recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C_601/2022 du 6 juin 2023 consid. 2.2 avec les références citées).

b) En l'espèce, il résulte des considérations exposées, ci-avant, que le recours est manifestement bien-fondé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par la recourante.

7. **a)** En définitive, le recours, manifestement bien-fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

c) Vu le sort de ses conclusions, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 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 16 novembre 2023 par la Caisse nationale d’assurance en cas d’accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

IV. La Caisse nationale suisse d’assurance en cas d’accidents versera à Q._____ le montant de 2'000 fr., à titre de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Caisse nationale suisse d’assurance en cas d’accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :