

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

E. _____ [...], à [...], intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], travaillait en tant que secrétaire-comptable à 65 % auprès de l'entreprise Q._____ Sàrl. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'E._____ [...] (ci-après : E._____ ou l'intimée).

En date du 26 janvier 2018, l'employeur précité a annoncé à E._____ que l'assurée avait été victime d'un accident deux jours plus tôt. Des pièces au dossier, il ressort plus particulièrement que, alors qu'elle se rendait au travail le 24 janvier 2018 au volant de son automobile, l'intéressée a glissé sur une plaque de verglas, a effectué une sortie de route et, après avoir quitté sa voiture, a été heurtée par un conducteur ayant à son tour perdu la maîtrise de son véhicule.

L'assurée a tout d'abord été prise en charge sur le site de l'accident, où le score de Glasgow (GCS) a initialement été mesuré à cinq puis est remonté rapidement à quinze. Elle a ensuite été transportée au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier B._____), où elle a séjourné jusqu'au 12 février 2018. Elle s'est vu diagnostiquer une fracture par compression latérale du bassin, une fracture de la masse latérale de C2 à droite, un hématome sous-dural de la tente à gauche, ainsi qu'une plaie au coude gauche et a, conséquemment, bénéficié d'une embolisation pelvienne en urgence le 24 janvier 2018, de la pose d'un fixateur externe supra-acétabulaire avec débridement et bursectomie *a minima* du coude gauche le 25 janvier 2018, ainsi que d'une réduction ouverte et ostéosynthèse de la fracture du bassin le 31 janvier 2018 ; une minerve thermoformée a de surcroît été mise en place le 7 février 2018 (rapport du 2 mars 2018 du Prof. M._____ et du Dr JJ._____, respectivement médecin-chef et médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier B._____).

L'assurée a été transférée le 12 février 2018 au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique [...] (ci-après : la

Clinique G._____), où elle a séjourné jusqu'au 4 juin 2018. Dans ce contexte, elle a notamment fait l'objet d'un examen neuropsychologique réalisé entre les 13 et 19 février 2018 et d'examens neurologiques effectués les 22 février et 6 mars 2018, à l'issue desquels il a notamment été retenu ce qui suit :

- rapport non daté de la neuropsychologue KK._____, de l'Unité de neuropsychologie de la Clinique G._____ :

"Cet examen neuropsychologique, réalisé auprès d'une patiente collaborante, pas ralentie mais légèrement fatigable après 90 minutes d'évaluation, met en évidence des troubles attentionnels légers à modérés (fatigabilité, ralentissement lors d'épreuves sous contrainte temporelle, faible endurance attentionnelle et difficulté de gestion de tâches parallèles) et des troubles légers en mémoire épisodique antérograde verbale.

S'y associent un fléchissement exécutif (discours abondant, verbalisation et commentaires ; fluence verbale catégorielle abaissée), des difficultés en mémoire à court terme visuo-spatiale et de discrètes difficultés praxiques gestuelles (réalisation de gestes significatifs). Relevons également la présence de plaintes post-traumatiques d'intensité globalement légère.

La patiente a été victime le 24 janvier 2018 d'un TCC pouvant être considéré comme modéré (tenant compte d'une APT de plus d'une heure, un GCS à 5 sur les lieux de l'accident et un HSD gauche au CT-scan initial). [...]"

- rapport du 12 mars 2018 du Dr LL._____, médecin associé au Service de réadaptation en neurologie de la Clinique G._____ :

"En ce qui concerne le traumatisme cranio-cérébral, la patiente a présenté une amnésie post-traumatique d'apparemment quelques heures. Un CT-Scan cérébral montre un hématome sous-dural frontal gauche, éventuellement deux petites hémorragies punctiformes frontales gauche[s] et l'examen neuropsychologique met en évidence des troubles attentionnels légers à modérés, des troubles légers en mémoire épisodique antérograde et verbale, un fléchissement exécutif et des difficultés de mémoire à court terme visuelle et de discrètes difficultés praxiques et gestuelles. L'examen neurologique actuel ne révèle aucun signe d'atteinte cérébrale focale. La patiente elle-même présente des plaintes post-traumatiques d'intensité légère comprenant surtout une irritabilité, une intolérance au bruit et une certaine fatigabilité. Ainsi, sous réserve que l'IRM cérébrale ne montre pas une charge lésionnelle plus importante, l'ensemble des données clinico-radiologiques à disposition actuellement permet de conclure à u[n] TCC de degré modéré. [...]"

Dans leur rapport de synthèse du 6 juin 2018, les Drs A._____ et P._____, respectivement médecin associé et médecin assistante au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique G._____, ont retenu les diagnostics de fracture par compression latérale du bassin (avec atteinte de la colonne antérieure avec spicule osseuse proche de l'artère iliaque interne, atteinte de la branche iliaque gauche et atteinte tronculaire haute du nerf sciatique gauche avec déficits moteurs dans le territoire du nerf péronier commun et tibial à gauche), de fracture de la masse latérale de C2 à droite, de traumatisme cranio-cérébral (TCC) modéré, d'hématome sous-dural gauche, ainsi que de plaie au coude gauche. Au niveau orthopédique, ils ont exposé que l'évolution était favorable et que la consolidation des sites fracturaires était acquise à quatre mois de l'accident. Sur le plan neurologique, ils ont précisé qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 7 mars 2018 s'était avérée normale et ont préconisé une réévaluation clinique et examen neuropsychologique dans six mois. Sur le plan fonctionnel, ils ont relevé une évolution favorable à la fin du séjour, la patiente se déplaçant avec des bâtons de marche sur de longues distances et parvenant à marcher sur de courtes distances sans moyen auxiliaire, avec une boiterie de Trendelenbourg. Les médecins de la Clinique G._____ ont ajouté que la situation médicale n'était pas stabilisée et que la capacité de travail - nulle à ce stade - serait réévaluée lors de contrôles ultérieurs.

Dans un rapport du 19 juin 2018, le Prof. M._____ a confirmé que le traitement relatif aux suites de l'accident du 24 janvier 2018 n'était pas terminé.

Dans un rapport du 10 septembre 2018 consécutif à une IRM cérébro-cervicale, les Drs AA._____ et BB._____, respectivement professeur associé et cheffe de clinique auprès du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier B._____, ont conclu à l'absence de lésion du parenchyme cérébral de

nature post-traumatique et à la consolidation de la fracture de la masse latérale droite de C2.

Par rapport du 21 septembre 2018, le Dr U._____, médecin chef auprès de l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier B._____, a conclu à l'absence de séquelle traumatique au niveau de la colonne cervicale.

Par correspondance du 3 décembre 2018 à E._____, le Dr X._____, médecin généraliste traitant, a évoqué la prise en charge d'une psychothérapie spécialisée en traumatologie. En annexe figurait un rapport du 12 novembre 2018 des Dres C._____ et Y._____, respectivement médecin associée et médecin assistante au Centre [...] - Centre hospitalier B._____ (ci-après : le Centre CC._____), préconisant un suivi psychiatrique ou psychologique dans la mesure où la patiente présentait des plaintes mnésiques probablement liées au contexte social et psychologique, avec des facteurs de stress récents (accident, divorce, risque de perte d'emploi) au moins partiellement à l'origine d'un syndrome anxieux et des difficultés relationnelles récurrentes (perte de contact avec la sœur et la fille cadette, séparation conjugale).

Une expertise orthopédique a été réalisée le 24 janvier 2019 par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, sur mandat d'E._____. Dans son rapport du 1^{er} février 2019, l'expert a en substance confirmé les diagnostics retenus à la Clinique G._____. Sur le plan ostéo-musculaire, il a précisé que la fracture du bassin avait été traitée de façon idoine, avec une évolution très satisfaisante. Sur le plan cérébral, il a indiqué que l'hématome sous-dural s'était résorbé, que l'IRM de contrôle était dans la limite de la norme et que, s'agissant des nerfs périphériques, l'atteinte du nerf sciatique gauche avait bien évolué, sans trouble sensitivomoteur à ce jour. Sur le plan de la causalité, l'expert K._____ a confirmé que les constatations actuelles étaient liées à l'événement du 24 janvier 2018. Il a en outre estimé qu'aucun facteur somatique ne s'opposait à la reprise de l'activité habituelle à 100 % et que l'incapacité de travail était due aux problèmes

psychologiques de l'assurée. Sur le plan thérapeutique, il a relevé que l'intéressée bénéficiait de séances d'acupuncture et de physiothérapie, que les premières n'étaient pas utiles et que les secondes pouvaient encore être bénéfiques à titre d'entretien musculaire. Enfin, l'expert K._____ a retenu qu'il n'y avait pas eu d'atteinte durable et importante à l'intégrité corporelle suite à l'événement en cause.

Dans un avis du 14 février 2019, le Dr DD._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil d'E._____, a estimé que les spécialistes du Centre CC._____ avaient décrit des troubles psychiques clairement multifactoriels et que l'événement accidentel du 24 janvier 2018 en constituait uniquement une cause possible parmi d'autres. Le lien de causalité naturelle devait donc être nié.

Par correspondance du 14 février 2019, E._____ a fait savoir à l'assurée que, compte tenu des conclusions de l'expert K._____, une décision serait prochainement rendue mettant fin au versement des prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 28 février 2019.

Aux termes d'un rapport du 19 février 2019 à E._____, le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis la mi-janvier 2019 et avoir relevé, dans ce contexte, les signes cliniques suivants : un certain degré de méfiance et de persécution, une anxiété d'intensité fluctuante en entretien, des affects parfois décalés, un degré léger de désinhibition, une pensée rigide, rétrécie et centrée sur les éléments de procédure en lien avec sa situation, une altération du langage et des troubles mnésiques marqués notamment par la difficulté à encoder de nouvelles informations. Se référant en outre au TCC modéré et à l'hématome sous-dural gauche mentionnés dans l'expertise du Dr K._____, le Dr I._____ a pour sa part considéré que l'intéressée présentait un trouble organique de la personnalité, syndrome frontal (F07.0).

Par avis médical du 19 mars 2019, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil d'E._____, a estimé que compte tenu de la notion de TCC et nonobstant l'absence de localisation frontale sur les IRM de contrôle, il y avait lieu de procéder à une expertise neurologique, psychiatrique et neuropsychologique afin de préciser les diagnostics lésionnels éventuels, les limitations fonctionnelles occasionnées et les répercussions induites sur la capacité de travail.

Interpellé par E._____, le Dr I._____ a notamment indiqué, dans un compte-rendu du 8 avril 2019, que les éléments mis en exergue dans son rapport du 19 février 2019 exprimaient des lésions cérébrales irréversibles faisant obstacle à la récupération d'une pleine capacité de travail dans l'économie ouverte. Il a en outre précisé que l'assurée débutait une prise en charge en neuroréhabilitation au Centre hospitalier B._____.

En parallèle, dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 3 juillet 2018, l'assurée a débuté le 1^{er} mars 2019 une mesure d'entraînement à l'endurance qui a été prématurément interrompue le 13 mai 2019, le Dr I._____ ayant attesté le même jour d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente depuis la mise en œuvre de ladite mesure.

Un mandat d'expertise a été confié par E._____ au Centre [...] (ci-après : le Centre EE._____), où l'assurée a été examinée le 7 juin 2019 par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 12 juin 2019 par le Dr R._____, spécialiste en neurologie, et le 8 juillet 2019 par W._____, neuropsychologue. Dans leur rapport d'expertise du 4 octobre 2019, les spécialistes susdits ont retenu les diagnostics suivants :

"Sur le plan neurologique,

- Status après accident de la voie publique avec traumatisme cranio-cérébral (hématorne sous-dural de la tente à gauche), fracture de la masse latérale de C2 droite sans atteinte neurologique associée, fracture complexe du bassin avec atteinte secondaire modérée du tronc du nerf sciatique gauche.

Sur le plan neuropsychologique,

- Troubles neuropsychologiques légers à moyens au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues touchant la flexibilité mentale, l'attention, et sous la forme d'une fatigabilité. Modifications du comportement probables.

Sur le plan psychique,

- Syndrome post-commotionnel (F07.2)."

Dans le cadre de leur appréciation, les experts ont notamment exposé ce qui suit :

"Sur le plan neurologique,

[...]

En résumé, chez une patiente initialement assez tendue et méfiante, l'examen neurologique est sans anomalie significative, hormis une légère limitation de la mobilité de la nuque, mais sans provocation de douleurs. Les troubles sensitivo-moteurs observés préalablement dans le territoire du nerf sciatique gauche ont actuellement disparu. Sur le plan strictement neurologique, il n'y a aucun élément évocateur d'une atteinte cérébrale et médullaire actuellement encore persistante.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, il ne fait guère de doute que Madame T._____ a été victime le 24.01.2018 d'un polytraumatisme moyennement important à important avec traumatisme crânio-cérébral, s'étant compliqué d'un hématome sous-dural gauche spontanément résolutif, d'une fracture de la masse latérale de C2 droite sans trouble neurologique associé d'évolution spontanément favorable avec consolidation de la fracture de la masse latérale droite de C2 lors de l'IRM cérébro-cervicale de contrôle du 10.09.2018, fracture du bassin avec lésions secondaires du tronc du nerf sciatique, d'évolution également favorable sous traitement conservateur, l'atteinte ayant actuellement disparu.

[...], les plaintes actuelles sont dominées par des douleurs et des troubles à caractère neuropsychologique-psychique avec des douleurs cervicales au stress, des céphalées frontales, des troubles de la mémoire et de la concentration, des difficultés à suivre les conversations, un manque du mot et de syntaxe, des problèmes de reconnaissance du visage, une intolérance au bruit et à la lumière, des troubles de l'orientation et des troubles de l'équilibre.

Pour partie, les plaintes formulées encore actuellement par Madame T._____ peuvent connaître une origine post-traumatique (syndrome post-commotionnel), mais les éléments liés à la personnalité peuvent également jouer un rôle important dans cette composante de la symptomatologie, ce qui sera apprécié par le Dr S._____. Pour ce qui est de l'aspect neuropsychologique, Monsieur W._____ précisera la situation.

D'un point de vue strictement neurologique, les quelques plaintes résiduelles formulées par Madame T. _____ ne représentent pas une limitation fonctionnelle significative dans l'activité de secrétaire comptable à 65%. La part éventuelle liée aux troubles neuropsychologiques ainsi qu'aux troubles psychiques sera définie par le neuropsychologue et le psychiatre.

Sur le plan strictement neurologique, Madame T. _____ peut donc travailler à plein temps sans limitations fonctionnelles ni perte de rendement.

Sur le plan strictement neurologique, il n'y a actuellement pas non plus de perte à l'intégrité envisageable [...].

Sur le plan neuropsychologique,

Les troubles observés concernent les fonctions exécutives, avec un fléchissement en flexibilité mentale (on inclura les fluences dans ce domaine, qui peuvent être regroupées sous le terme d'activation ou de flexibilité dirigée), et un ralentissement léger à modéré (on ne tiendra compte que des tâches d'attention papier - crayon), associé à une fatigabilité attentionnelle dans une tâche informatisée. Le trouble en interférence en mémoire épisodique verbale est de nature exécutive, liée au défaut de flexibilité. Il y a des signes de surcharge dans le domaine attentionnel, mais évidents seulement dans les tâches informatisées, qui ne suffisent donc pas à invalider totalement l'examen, ce d'autant qu'il y a une cohérence avec l'évaluation de mai 2018 et que dans nombre d'autres domaines, l'engagement de l'expertisée dans les tâches apparaît entier. Ces signes de surcharge sont à comprendre comme signant une participation psychologique aux troubles.

Les plaintes de l'expertisée au plan mnésique concernent en fait essentiellement la mémoire prospective, qui est fortement liée à la mémoire de travail et à des aspects attentionnels et exécutifs, tout comme ladite mémoire de travail d'ailleurs, où la composante mnésique est secondaire. Ces plaintes sont donc cohérentes avec les troubles objectivés dans l'examen, mais aussi avec un état d'anxiété lié à la conviction de ne plus fonctionner correctement sur le plan mnésique.

Le tout est observé chez une expertisée profondément convaincue d'être changée, au plan cognitif au moins, depuis son accident, inquiète de ses déficits et de son état mental et qui réagit fortement au plan émotionnel à ce qu'elle considère comme des échecs dans les tâches, ce qui signe une composante psychiatrique ou psychologique aux troubles. Mais par ailleurs, Madame T. _____ est labile au plan émotionnel et très volubile au plan langagier, ce qui pose la question de modifications du comportement consécutives à l'accident.

Il est difficile de faire la part des choses entre ces deux étiologies, psychique au sens large ou organique cérébrale. Rappelons qu'un état élevé de réactivité anxieuse, même lorsqu'aucun trouble anxieux ne peut être retenu au plan psychiatrique, détermine des troubles en mémoire de travail et au plan exécutif. Un déficit en flexibilité et un ralentissement sont aussi des troubles que l'on peut objectiver dans des contextes de dépression (mais où ils sont

souvent associés à des troubles de la mémoire épisodique, ce qui n'est pas le cas ici).

Mais par ailleurs, un ralentissement, des troubles de la flexibilité et des modifications du comportement sont aussi des séquelles habituelles d'un traumatisme crânien. La fatigabilité est une plainte tout aussi fréquente chez les cérébrolésés.

On privilégiera l'hypothèse cérébrale organique, car les mêmes troubles avaient été constatés en mai, à la sortie de la Clinique G._____. N'ayant pas donné lieu à une prise en charge neuropsychologique et psychologique adaptée, comme cela aurait dû être le cas, on peut comprendre que, sous l'effet de la panique créée par le constat de ses difficultés chez une personne probablement aussi rigide que volontaire de tout temps, ils aient induit une détérioration ces derniers mois.

Les troubles objectivés correspondent à des troubles neuropsychologiques légers à moyens au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues.

Les limitations dans l'activité habituelle concernent le rendement, qui est diminué de 40%.

Cependant, la situation, un an et demi après l'accident, ne peut pas être encore être considérée comme stabilisée. En particulier, un suivi actif au plan attentionnel et exécutif avec un coaching effectif (à savoir aux côtés du thérapeute et pas seulement face à un écran d'ordinateur) visant à redonner confiance à l'expertisée en ses propres capacités paraît indiqué. Une réévaluation post-suivi, à huit mois, devrait ensuite être mise en œuvre.

Sur le plan psychique,
[...]

Nous n'avons pas relevé d'indice ou de trait de personnalité pathologique ni dans la description qu'elle fait de son caractère, ni dans son histoire personnelle, ni à l'examen psychiatrique. L'expertisée n'a pas d'habitude toxique. Nous n'avons pas constaté de désinhibition ni d'irritabilité lors de l'examen psychiatrique.

La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes. L'expertisée a délégué les tâches ménagères à une entreprise de nettoyage depuis sa sortie de l'hôpital [...] en juin 2018. Elle n'ose plus conduire depuis son accident. Sa vie sociale est moins riche qu'auparavant, mais elle n'est pas repliée socialement. Elle continue à être relativement active dans la mesure de ses limitations dont elle se plaint.

L'examen psychiatrique montre une femme euthymique. Elle est inquiète par rapport à son avenir professionnel notamment. Nous n'avons pas décelé de signe de la lignée psychotique. Après 1h15 d'entretien, l'expertisée montre des signes de fatigue. Elle met plus de temps à répondre aux questions, parfois bafouille. Par ailleurs, nous n'avons pas noté de signe patent de troubles cognitifs. L'expertisée n'est pas ralentie. Le contenu de la pensée est focalisé

sur ses troubles cognitifs qui l'empêchent de fonctionner dans sa vie quotidienne et de travailler.

En conclusion

Le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec le diagnostic de syndrome post-commotionnel (F07.2). Ce diagnostic est évoqué par l'expert neurologue. L'expert neuropsychologue retient quant à lui des troubles neuropsychologiques légers à moyens (fatigabilité, ralentissement, troubles de la flexibilité et modifications du comportement) L'expertisée se plaint de céphalées, perte de l'équilibre, fatigue, irritabilité, difficulté de concentration, de difficultés à accomplir des tâches mentales, d'altération de la mémoire, de sommeil non réparateur, elle est anxieuse et adopte un rôle d'handicapée.

Nous ne retenons aucun autre diagnostic psychiatrique antérieur à l'accident, nous n'avons notamment aucun argument pour retenir un trouble de la personnalité.

En tenant compte des limitations fonctionnelles d'ordre neuropsychologique, sa capacité de travail peut être considérée comme complète dans toute activité avec une diminution de rendement de 40%."

Sur cette base, les experts ont retenu qu'un lien de causalité naturelle certain existait entre les diagnostics retenus et l'accident subi, avec une lésion traumatique objectivable sur le plan neurologique. Ils ont précisé qu'il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident jouant un rôle dans l'apparition des troubles, mais que la détresse psychologique de l'intéressée avait probablement augmenté au cours des derniers mois, en particulier du fait de l'impact de ses difficultés cognitives - qui n'avaient pas donné lieu au suivi qui aurait été souhaitable dès la sortie de la Clinique G. _____ - sur sa propre image. Les experts ont encore souligné que l'état final était atteint depuis le début de l'année 2019 sur le plan neurologique, mais que tel n'était pas le cas pour le surplus dès lors que le rendement atteignait actuellement 60 % sur les plans neuropsychologique et psychique ; une pleine récupération pouvait toutefois être escomptée six mois après le 1^{er} juillet 2019, respectivement dès le début de l'année 2020, pour autant qu'un suivi neuropsychologique et psychologique adapté soit mis en place.

Se fondant sur les conclusions des experts du Centre EE. _____, le Dr H. _____ a retenu, par avis médical du 22 octobre 2019, que la causalité naturelle était donnée, que l'incapacité de travail

relevait uniquement de la neuropsychologie et qu'elle s'exprimait sous la forme d'une diminution de rendement de 40 % jusqu'au 31 décembre 2019, après quoi la capacité de travail serait entière. Il a par ailleurs admis un suivi neuropsychologique et psychologique du 1^{er} juillet au 31 décembre 2019. Concernant une éventuelle atteinte à l'intégrité, le Dr H. _____ a estimé qu'il n'y en avait pas sur le plan neurologique et que l'état de santé n'était pas définitif sur les plans neuropsychologique et psychique.

Par décision du 5 décembre 2019, E. _____ a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 31 décembre 2019, relevant de surcroît que les lésions subies le 24 janvier 2018 ne donnaient lieu à aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité sur les plans orthopédique et neurologique et précisant que, dans la mesure où l'état définitif n'était pas atteint sur les plans psychique et neurologique, ce point serait réexaminé en temps opportun. Dans sa motivation, E. _____ a par ailleurs rappelé que selon les conclusions des experts du Centre EE. _____, la capacité de travail était entière depuis le début de l'année 2019 sur le plan neurologique, respectivement serait entière dès 2020 sur le plan neuropsychologique, sans diminution de rendement dès le début de cette même année.

L'assurée, désormais représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a formé opposition à l'encontre de cette décision le 19 décembre 2019. Elle a fait valoir que, des suites de l'accident du 24 janvier 2018, elle subissait encore à ce jour une incapacité de travail et devait se soumettre à des traitements médicaux. A cela s'ajoutait que l'atteinte à l'intégrité sur les plans orthopédique et neurologique était importante et justifiait l'octroi d'une indemnité à ce titre.

Par écriture complémentaire du 25 février 2020, l'assurée a allégué pour l'essentiel que son état de santé ne pouvait pas être considéré comme définitif, que les éléments au dossier attestaient le lien de causalité entre les atteintes dont elle souffrait et l'accident du 24 janvier 2018 et que, finalement, on ne pouvait suivre les conclusions des

experts mandatés par E._____ s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, respectivement de son atteinte à l'intégrité. En annexe, elle a notamment produit les documents suivants :

- un rapport du Prof. M._____ du 21 janvier 2019, constatant que l'évolution était favorable du point de vue orthopédique, avec la persistance d'une légère boiterie, et prévoyant un nouveau rendez-vous à deux ans de l'accident ;

- un rapport du 8 août 2019 établi par O._____, physiothérapeute au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____, évoquant une évolution favorable sur le plan de la rééducation musculo-squelettique mais signalant un déficit d'équilibre ;

- un certificat médical rédigé le 23 janvier 2020 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et médecine du travail et titulaire d'une formation en acupuncture et pharmacothérapie chinoise, indiquant dispenser depuis le 2 juillet 2018 un traitement par acupuncture pour les séquelles de l'accident du 24 janvier 2018, relevant dans ce contexte une lente amélioration de la mobilité du bassin et de la hanche gauche, mais soulignant toutefois que la marche demeurait encore fortement altérée et marquée par des troubles de l'équilibre, que l'intéressée se plaignait en outre de troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que d'un sommeil perturbé, et que l'humeur était de surcroît instable avec une tendance dépressive. Le traitement se poursuivait par conséquent, centré sur les douleurs résiduelles de la hanche gauche et de la cuisse, ainsi que sur les troubles du sommeil et le trouble anxio-dépressif ;

- un rapport du Prof. M._____ du 27 janvier 2020, confirmant une évolution favorable sur le plan orthopédique, nonobstant une boiterie de faiblesse des adducteurs, et soulignant que le principal problème relevait désormais de la neuropsychologie et de la neuroréhabilitation ;

- un compte-rendu du Dr I._____ du 4 février 2020, relevant la persistance des éléments précédemment signalés, signalant des incohérences dans les constatations des experts S._____ et W._____ et rappelant de surcroît l'échec de la mesure de réinsertion mise en œuvre par l'assurance-invalidité en raison de son impact sur l'état de santé de la patiente ;

- un rapport du 12 février 2020 du Dr N._____, médecin associé au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____, expliquant que l'assurée avait été examinée le 9 avril 2019 (avec correction anamnétique le 12 février 2020) dans le contexte d'un polytraumatisme avec TCC, compliqué d'une encéphalopathie post-traumatique dont la sémiologie résiduelle était compatible avec le diagnostic probable de traumatisme cérébral léger selon *l'American congress of rehabilitation medicine*, accompagné de troubles cognitivo-comportementaux, psychiques et neurologiques. L'ensemble du tableau s'intégrait raisonnablement dans le cadre causal commun d'un traumatisme cérébral léger, l'intensité de chaque symptomatologie demeurant intercorrélée avec les autres. Dans ce contexte, une prise en charge multidisciplinaire était requise, avec une supervision neurologique et en médecine physique et réhabilitation prévue dès le 30 juillet 2019 auprès de la « Dre [...] Q._____ » ;

- un rapport du 20 février 2020 de la Dre Q._____, cheffe de clinique au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____, expliquant que les troubles neuropsychologiques et neurocomportementaux séquellaires étaient de nature à influencer défavorablement les performances cognitives, d'autant qu'un trouble thymique associé potentialisait l'impact des déficits cognitifs, et que la reprise d'une activité professionnelle au-delà de 20 % était par conséquent compromise. Néanmoins, une prise en charge neuropsychologique orientée sur les déficits d'attention et la fatigue et sur l'amélioration de la thymie serait de nature à améliorer substantiellement les performances cognitives, permettant ainsi d'envisager une reprise professionnelle à un taux et un rendement supérieurs. Un suivi

physiothérapeutique et ergothérapeutique était par ailleurs proposé pour la fatigue. Enfin, la prise en charge auprès du Dr I._____ demeurait indispensable ;

- un certificat médical établi le 20 février 2020 par le Dr X._____, attestant que l'évolution était lentement favorable, que persistaient des séquelles des douleurs de la hanche gauche, des douleurs cervicales, une boiterie, des troubles du sommeil, ainsi que des troubles de la mémoire et de l'attention, que l'intéressée nécessitait encore différents traitements et que la situation devrait faire l'objet d'une réévaluation neuropsychologique.

Le 5 mars 2020, l'assurée a encore transmis un rapport établi le 25 février 2020 par les Drs N._____ et Q._____, reprenant pour l'essentiel le contenu du compte-rendu de la Dre Q._____ du 20 février 2020.

Par décision sur opposition du 9 avril 2020, E._____ a très partiellement admis l'opposition de l'assurée, en ce sens qu'une instruction complémentaire devait être mise en œuvre concernant la question de la physiothérapie, et a pour le surplus retenu que les troubles neuropsychologiques et/ou psychiques encore présents au-delà du 31 décembre 2019 n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Concernant la prise en charge de traitements au plan somatique au-delà du 31 décembre 2019, E._____ a concédé que l'instruction devait être complétée afin de déterminer le bénéfice attendu d'un traitement de physiothérapie à l'égard de la situation actuelle ; elle a en revanche retenu que le traitement d'acupuncture ne tombait pas dans son obligation de prêter dès lors que ce traitement portait sur l'ensemble des troubles et non uniquement sur les lésions physiques, pour lesquelles le Dr K._____ avait dénié l'utilité d'une telle thérapie. S'agissant des séquelles neuropsychologiques/psychiques, E._____ a précisé que la décision du 5 décembre 2019 concluait à une pleine capacité de travail sur la base de l'expertise du Centre EE._____ mais que le litige devait être élargi à la question du lien de causalité entre les troubles visés et

l'accident du 24 janvier 2018. A cet égard, elle a estimé que le lien de causalité naturelle devait certes être admis avec l'accident du 24 janvier 2018, mais pas le lien de causalité adéquate. Considérant que cette question devait être examinée, en présence d'un TCC léger, à l'aune des principes développés pour les troubles psychiques consécutifs à un accident, E. _____ a plus particulièrement expliqué que l'accident subi pouvait être qualifié de gravité moyenne, que l'on ne pouvait lui attribuer un caractère impressionnant dans la mesure où l'assurée n'en avait pas de souvenirs, que les lésions physiques avaient été traitées sans entraîner de perte d'intégrité durable, que le traitement médical des troubles physiques avait été habituel pour ce genre de troubles, qu'il n'y avait pas de douleurs physiques persistantes ni d'erreurs dans le traitement, pas plus que des difficultés ou complications apparues au cours de la guérison ; enfin, l'incapacité de travail due exclusivement aux troubles physiques avaient été inférieure à une année. A la lumière de ces éléments, E. _____ a estimé ne pas avoir à répondre des troubles neuropsychologiques et/ou psychiques présentés au-delà du 31 décembre 2019.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, T. _____ a recouru le 11 mai 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme et à la prise en charge des suites de l'événement du 24 janvier 2018 y compris dès le 1^{er} janvier 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvel examen et complément d'instruction. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. En substance, la recourante a fait valoir que la décision attaquée ne circonscrivait qu'imparfaitement les points litigieux, respectivement ne prenait pas position sur les éléments invoqués au stade de l'opposition. L'intéressée a par ailleurs critiqué le refus de prendre en charge les frais médicaux (autres que ceux liés au traitement physiothérapeutique) dès le 1^{er} janvier 2020 alors même que son état de santé n'était pas stabilisé, une amélioration pouvant en particulier être attendue sur les plans neuropsychologique et psychique comme évoqué par les experts du Centre EE. _____. La recourante a également allégué

que les conclusions de ces experts ne coïncidaient pas avec celles des Drs I._____, N._____ et Q._____, et que l'appréciation des Drs K._____ et H._____ n'était pas partagée par le physiothérapeute O._____ et le Dr M._____. Par ailleurs, elle a réfuté n'avoir subi qu'un TCC léger. L'intéressée a encore soutenu que le lien de causalité adéquate devait être admis, soulignant notamment que l'accident du 24 janvier 2018 était de gravité moyenne à grave, respectivement à la limite de l'accident grave, et se prévalant du caractère particulièrement impressionnant de l'événement subi, de la gravité ou nature particulière des lésions engendrées sur les plans psychique, neurologique et neuropsychologique, de la longueur du traitement médical, de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, de la persistance des douleurs et des erreurs thérapeutiques commises sur les plans neuropsychologiques et psychiques. Pour étayer ses dires, la recourante a produit un onglet de pièces contenant en particulier le rapport de police relatif à l'accident du 24 janvier 2018, établi le 28 février 2018 par la gendarmerie vaudoise, de même que l'ordonnance pénale rendue à ce sujet par le Ministère public de l'arrondissement [...], datée du 9 septembre 2019. Elle a en outre produit une attestation du Dr I._____ du 6 mai 2020 confirmant le diagnostic de syndrome frontal et qualifiant de hautement probable le lien de causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques/psychiques et l'accident du 24 janvier 2018, de même qu'un rapport du Dr N._____ du 2 septembre 2019 au contenu essentiellement similaire à celui du 12 février 2020.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée, sous la plume de Me Didier Elsig, en a proposé le rejet par réponse du 12 juin 2020. Elle a plus particulièrement considéré que les rapports médicaux au dossier attestaient une stabilisation de l'état de santé physique et que, s'agissant des troubles neuropsychologiques et/ou psychiques, le lien de causalité adéquate - en présence de troubles psychiques apparus après un accident et constituant clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un TCC - devait être nié. E._____ a par ailleurs confirmé la valeur probante des expertises réalisées par le Dr K._____ et les médecins du Centre EE._____.

Les parties ont maintenu leurs positions respectives au cours des échanges d'écritures subséquents. Dans ce contexte, la recourante a notamment versé au dossier les pièces suivantes :

- un rapport du 17 novembre 2020 des Drs N._____ et Q._____, indiquant la poursuite de séances de physiothérapie et d'ergothérapie et évoquant la mise en œuvre de diverses mesures thérapeutiques concernant des troubles de l'équilibre et du sommeil ;

- un compte-rendu du Dr I._____ du 18 novembre 2020, confirmant les précédentes observations de ce médecin ;

- deux rapports de la Dre Q._____ des 2 et 28 décembre 2020, évoquant en substance la mise en œuvre de différentes mesures thérapeutiques (notamment ergothérapie, physiothérapie, analyse du sommeil) et précisant que la prise en charge neuropsychologique n'avait pas débuté compte tenu des conditions sanitaires liées à la pandémie de COVID-19 ;

- un rapport du 11 mars 2021 du Dr V._____, chef de clinique au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier B._____, exposant que la patiente présentait une plainte principale de maladie des cauchemars s'intégrant dans un contexte traumatique avec une reviviscence des événements liés à l'accident ; elle souffrait en outre d'un trouble respiratoire au cours du sommeil de degré léger à modéré, pouvant parfois aggraver les cauchemars et participer à la fatigue diurne ainsi qu'aux troubles de la mémoire et de la concentration ;

- un certificat médical établi le 23 mars 2021 par le Dr Z._____, attestant la poursuite du traitement par acupuncture et signalant en particulier un meilleur équilibre, la persistance de troubles de la mémoire et de la concentration, une détérioration du sommeil avec la récente mention de cauchemars répétitifs en lien avec l'accident, et un moral affecté par le manque de reconnaissance entourant son accident ;

- un certificat médical complémentaire rédigé le 20 avril 2021 par le Dr Z._____, précisant que les cauchemars n'étaient pas récents mais accompagnaient les troubles du sommeil depuis l'accident ;

- un rapport établi le 27 avril 2021 par la Prof. L._____ et D._____, respectivement cheffe de service et psychologue assistante au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____, exposant qu'une évaluation succincte les 13 et 20 janvier 2021 mettait notamment en évidence une légère aggravation des performances exécutives avec l'apparition d'une composante exécutive comportementale et d'une perturbation du discours, ainsi que la persistance d'un défaut attentionnel ;

- un rapport du Dr I._____ du 27 avril 2021, détaillant en particulier l'évolution des troubles du sommeil depuis le début du suivi psychiatrique ;

- un rapport du 14 juin 2021 du Dr V._____, décrivant la prise en charge des troubles du sommeil de la recourante ;

- un rapport du 21 juin 2021 de la Prof. L._____, de la psychologue D._____ et de FF._____, neuropsychologue au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____, faisant état d'un traitement neuropsychologique ambulatoire dispensé du 24 février au 19 mai 2021 visant la reprise des activités quotidiennes et l'adaptation aux séquelles de l'atteinte cérébrale (notamment sur le plan de la fatigue) et expliquant qu'à l'issue des cinq séances de prise en charge, les objectifs initialement fixés avaient été partiellement atteints ;

- un rapport du 23 juin 2021 des Drs N._____ et Q._____, évoquant diverses options thérapeutiques ;

- un rapport du 4 août 2021 de la physiothérapeute MM._____, de l'Unité d'otoneurologie du Centre hospitalier B._____,

indiquant qu'une prise en charge avait été dispensée du 14 décembre au 28 juillet 2021 en lien avec des vertiges et une instabilité lors des déplacements, que les symptômes persistaient malgré tout et que l'intéressée faisait encore l'objet d'un suivi en physiothérapie neurologique ;

- un avis émis le 5 août 2021 par le Dr GG._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'E._____, se référant notamment à l'expertise du Dr K._____, et considérant que le cas était complètement stabilisé, l'intéressée pouvant néanmoins bénéficier ponctuellement d'une rééducation physiothérapeutique, antalgique et de récupération de la mobilité compte tenu des séquelles liées à ses fractures ;

- une correspondance adressée par E._____ à l'assurée le 11 août 2021, se référant à l'avis médical susdit et admettant sur cette base la prise en charge d'un traitement de physiothérapie ponctuellement et à raison de deux à trois fois neuf séances par année.

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 - compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 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. Est en l'espèce litigieux le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 9 avril 2020 par E._____.

La recourante reproche plus particulièrement à l'intimée de ne pas avoir clairement défini les points tranchés à l'issue de la procédure administrative, respectivement de ne pas avoir pris position sur l'ensemble des éléments invoqués au stade de la procédure administrative (cf. mémoire de recours du 11 mai 2020 p. 40 ss). Il apparaît dès lors nécessaire de délimiter les points soumis à l'examen de la juridiction de céans dans le cadre de la présente affaire.

a) En procédure administrative, l'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement. L'autorité valablement saisie d'une opposition devra se prononcer une seconde fois sur tous les aspects du rapport juridique ayant fait l'objet de sa décision initiale, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant (TF 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.1 et les références citées). La décision sur opposition – qui remplace la décision initiale, laquelle n'a ainsi plus d'existence propre et autonome – clôt la procédure administrative (ATF 142 V 337 consid. 3.2.1 ; 131 V 407 consid. 2.1.2.1 ; TF 9C_1015/2009 du 20 mai 2010 consid. 3.1).

Puis, au stade de la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être

déferé en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références). L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante. L'objet de la contestation (*Anfechtungsgegenstand*) et l'objet du litige (*Streitgegenstand*) sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b ; TF 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.3.1). L'objet du litige peut donc être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche, sauf exceptions (TF 9C_678/2019 précité consid. 4.4.1 et les références citées), s'étendre au-delà de celui-ci (ATF 136 II 457 consid. 4.2 ; 136 II 165 consid. 5).

b) Aux termes du dispositif de la décision du 5 décembre 2019 (p. 6), E. _____ s'est positionnée, d'une part, sous l'angle du droit aux prestations de courte durée, prononçant la cessation du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement au 31 décembre 2019, et, d'autre part, sous l'angle du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, prestation qu'elle a niée pour les atteintes orthopédique et neurologique et dont elle a reporté l'examen pour les atteintes neuropsychologiques et psychiques. Dans le corps de la décision (p. 5), l'intimée reconnaissait par ailleurs la récupération d'une capacité de travail entière à compter du début de l'année 2019 sur le plan neurologique et à partir de l'année 2020 pour l'aspect neuropsychologique, avec un rendement intact dès le début de cette même année.

Ces éléments ont tous été contestés par l'assurée au stade de l'opposition, que ce soit au niveau de la stabilisation de son état de santé, de sa capacité résiduelle de travail ou de l'étendue de son atteinte à l'intégrité (cf. opposition du 19 décembre 2019 complétée le 25 février 2020).

Dans la décision sur opposition du 9 avril 2020, E._____ a retenu, s'agissant des atteintes somatiques liées à l'accident du 24 janvier 2018, que l'éventuelle prise en charge du traitement de physiothérapie méritait d'être investiguée mais qu'il y avait en revanche lieu de refuser celle du traitement d'acupuncture. Ce positionnement renvoie au dispositif de la décision du 5 décembre 2019 mettant un terme aux prestations de courte durée avec effet au 31 décembre 2019 et sous-entend une stabilisation des atteintes somatiques à cette date (cf. consid. 3a et 5a infra). S'agissant des atteintes neuropsychologiques et psychiques, l'intimée a considéré que celles-ci ne se trouvaient pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'événement précité et ne pouvaient, en conséquence, donner lieu à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2019. Dès lors que le refus de prester signifié le 5 décembre 2019 ne reposait pas sur cette problématique, E._____ a donc procédé à une substitution de motifs lorsqu'elle a rendu la décision sur opposition entreprise. Un tel revirement n'apparaît pas contraire au droit dès lors que l'assureur dispose d'un pouvoir d'examen étendu à l'opportunité lorsqu'il statue sur opposition (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^e édition, Zurich 2020, n° 90 ad art. 52 LPGa) et qu'il n'est pas lié par les conclusions de l'opposant et peut ainsi modifier la décision à l'avantage ou au détriment de ce dernier (art. 12 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). A cela s'ajoute, sous l'angle du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), que les principes relatifs à l'examen du lien de causalité étaient expressément mentionnés dans la décision du 5 décembre 2019 (p. 5 s.) et que la recourante s'est elle-même déterminée sur la question aux termes de son complément d'opposition du 25 février 2020 (p. 5 s.). Au surplus, la décision rendue sur opposition le 9 avril 2020 n'est pas préjudiciable à l'assurée en termes de résultat et ne relève donc pas de la *reformatio in pejus* (art. 12 al. 2 OPGA), dès lors qu'elle n'engendre pas de diminution ou de refus de prestations précédemment allouées dans la décision initiale. En résumé, sur le vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il convient de retenir que le litige est *in casu* circonscrit aux

points de savoir si la stabilisation de l'état de santé de la recourante était acquise au 31 décembre 2019 sur le plan somatique et si la causalité adéquate peut ou non être admise à l'égard des atteintes neuropsychologiques et psychiques dont l'intéressée est affectée.

En revanche, force est de constater que la décision attaquée n'aborde aucunement la question de la capacité résiduelle de travail - par définition liée à celle du droit à une rente d'invalidité (art. 6, 7 et 8 LPGA) - et qu'elle ne contient pas davantage de considérations du point de vue du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sous l'angle des prestations de longue durée, E._____ ne s'est donc à ce jour pas déterminée sur les objections soulevées par l'assurée en procédure administrative. Il lui incombera donc de le faire.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_210/2018 du 17 juillet 2018 consid. 3.2.3.1). Par ailleurs, la clôture séparée d'un cas d'assurance-

accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (TF 8C_210/2018 précité loc. cit.).

b) Est réputée 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 (art. 4 LPGa).

aa) 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).

En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « *coup du lapin* » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, l'existence d'un lien de causalité naturelle

entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 2.2).

bb) 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).

aaa) 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).

bbb) Lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « *coup du lapin* »

à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme crânio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Ce nonobstant, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 115 V 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « *coup du lapin* », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, *in* RAMA 2001 n° U 412 p. 79 ; ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 et les références citées).

ccc) Le moment auquel peut intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « *coup du lapin* » correspond à celui auquel l'assureur est en droit de clore le cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, c'est-à-dire dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération (ATF 134 V 109 consid. 3.1 ; cf. consid. 3a supra).

En revanche, en cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, l'examen de la causalité adéquate doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 6.1 ; TF 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5 et les références citées).

4. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une analyse 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).

5. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté ni contestable que l'événement du 24 janvier 2018 répond à la définition légale de l'accident contenue à l'art. 4 LPGA. Il est par ailleurs constant que, suite à cet événement, diverses atteintes ont été rapportées sur les plans orthopédique, neurologique, psychique et neuropsychologique.

a) Sur le plan somatique, la question du lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident annoncé n'est pas controversée. E._____ a estimé, en revanche, qu'il n'y avait plus lieu de prendre en charge de traitements pour les atteintes somatiques de l'assurée au-delà du 31 décembre 2019, sous réserve d'une éventuelle prise en charge physiothérapeutique – dont l'octroi a ultérieurement été validé (cf. communication du 11 août 2021) et échappe, sur le plan temporel, au pouvoir d'examen de la Cour de céans (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Cette problématique s'inscrit, en réalité, dans un contexte plus vaste. En effet, il faut rappeler que le droit au traitement médical (art. 10 LAA) comme le droit aux indemnités journalières (art. 16 LAA) cessent

lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé (art. 19 al. 1 LAA). Autrement dit, ces deux catégories de prestations prennent fin au même moment, à savoir dès la stabilisation de l'état de santé de la personne assurée (consid. 3a supra). A ce stade, il incombe par conséquent à la Cour de céans de déterminer si l'état de santé de l'assurée a connu une telle stabilisation sur le plan physique au 31 décembre 2019.

Sur ce point, il faut rappeler que dans son rapport du 21 septembre 2018 (p. 2), le Dr U. _____ n'a constaté aucune séquelle du traumatisme au niveau de la colonne cervicale. Quant au Prof. M. _____, il a indiqué dans son rapport du 21 janvier 2019 que l'évolution était favorable au plan orthopédique et que la patiente serait ainsi revue à deux ans de l'accident ; à teneur de son rapport du 27 janvier 2020 (p. 1), soit deux ans après l'événement traumatique, ce médecin a confirmé la bonne évolution et retenu que la problématique relevait désormais de la neuropsychologie et de la neuroréhabilitation. Le Dr K. _____ a en outre retenu, dans son rapport d'expertise du 1^{er} février 2019 (p. 8), que les séquelles orthopédiques de l'accident du 24 janvier 2018 ne pouvaient plus être sensiblement améliorées par un traitement médical et que, en particulier, les séances d'acupuncture n'étaient pas utiles. Les experts du Centre EE. _____ ont pour leur part constaté, dans leur rapport du 4 octobre 2019 (p. 37), qu'aucun traitement n'était en cours sur le plan neurologique ou s'agissant plus spécifiquement du système nerveux. S'il est vrai que la persistance de douleurs, de troubles de l'équilibre et d'une boiterie ont été rapportés (cf. notamment rapport du Dr X. _____ du 20 février 2020, rapports du Dr Z. _____ des 23 janvier 2020 et 23 mars 2021, rapport de la physiothérapeute MM. _____ du 4 août 2021), il demeure que le dossier ne contient aucun élément objectif dont on pourrait déduire qu'une prise en charge médicale pourrait encore vraisemblablement permettre une amélioration significative des troubles physiques. En particulier, quand bien même le Dr Z. _____ a mentionné le 23 mars 2021 une amélioration de la mobilité du bassin et de l'équilibre permettant à la patiente d'utiliser davantage une canne basse que des bâtons de marche désormais circonscrits aux terrains accidentés, il n'en

demeure pas moins que cette évolution ne traduit pas un progrès notable. On notera en effet qu'à l'issue du séjour réalisé à la Clinique G._____ en 2018, l'assurée était à même de se déplacer sans moyen auxiliaire sur de courtes distances et n'utilisait des bâtons de marche que sur de longues distances (cf. rapport de synthèse du 6 juin 2018 p. 6) et que, environ une année plus tard lors de l'examen neurologique réalisé au Centre EE._____, l'intéressée était en mesure de marcher normalement de manière autonome - sans boiterie, ni anomalie de déplacement - bien que la marche spontanée se fît encore à l'aide d'une canne (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2019 p. 17).

Il résulte de ce qui précède qu'au plan somatique, à défaut de traitement susceptible d'améliorer significativement les atteintes induites par l'accident du 24 janvier 2018, la stabilisation du cas au 31 décembre 2019 n'apparaît pas critiquable.

On relèvera, par surabondance, que ce constat n'est pas remis en question du fait des séances de physiothérapies accordées par E._____ le 11 août 2021. En effet, dans son avis médical y relatif du 5 août 2021, le Dr GG._____ a bien confirmé la stabilisation du cas, nonobstant le caractère bénéfique de séances de physiothérapie ponctuelles aux fins de rééducation, d'antalgie et de récupération de la mobilité.

b) S'agissant des troubles neuropsychologiques et psychiques de l'assurée, E._____ a admis un lien de causalité naturelle avec l'accident du 24 janvier 2018 (cf. décision sur opposition du 9 avril 2020 p. 14). Celui-ci n'est donc pas contesté à ce stade.

L'intimée a en revanche réfuté tout lien de causalité adéquate. Aux termes de la décision attaquée, elle a considéré que l'intéressée avait subi un TCC léger et qu'il y avait en conséquence lieu de se référer aux critères définis en matière de troubles psychiques, lesquels n'étaient pas remplis dans le cas particulier (cf. décision sur opposition du 9 avril 2020 p. 15 ss). Ultérieurement, E._____ a motivé l'application desdits critères

en invoquant une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau consécutif à un traumatisme de type « *coup du lapin* » (cf. réponse du 12 juin 2020 p. 17 ss).

aa) Comme l'a relevé l'intimée dans la décision entreprise (p. 15), il est vrai que lorsqu'un traumatisme crânien atteint tout au plus le degré de gravité d'une *commotio cerebri* sans arriver à la limite d'une *contusio cerebri*, l'examen de la causalité adéquate doit se faire à l'aune des principes développés pour les troubles psychiques (avec exclusion des aspects psychiques) et non pas à la lumière des exigences généralement posées en présence d'un TCC (sans exclusion des éléments psychiques) (cf. TF 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2.2 et les références citées).

Tel n'est cependant pas le cas du traumatisme subi par l'assurée le 24 janvier 2018.

aaa) C'est ici le lieu de relever qu'une *commotio cerebri* est un état de dysfonctionnement neurologique temporaire et rapidement réversible accompagné d'une perte de conscience de courte durée peu après l'atteinte et, souvent, d'une amnésie concomitante à l'atteinte et/ou antérieure l'atteinte, mais sans anomalies neurologiques. La *contusio cerebri*, quant à elle, est une violence focale exercée sur le tissu cérébral, accompagnée de petites hémorragies parenchymateuses ou d'un œdème local (TF 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1 et les références citées). Pour déterminer si un traumatisme crânien relève tout au plus d'une *commotio cerebri*, il y a lieu de se fonder sur les constatations initialement émises par les médecins sur les plans clinique, d'imagerie et diagnostique (TF 8C_596/2022 du 11 janvier 2023 consid. 4.3.2).

Si en outre différentes classifications sont utilisées pour évaluer la gravité d'un traumatisme cranio-cérébral, la plus répandue est celle définie par la *Brain Trauma Task Force*, selon laquelle un traumatisme est considéré comme sévère si le GCS est inférieur ou égal à huit, comme modéré si le GCS se situe entre neuf et douze, et enfin

comme léger si le GCS est entre 13 et 15 (Patrick Schoettker/Jean-Pierre Mustaki/François Porchet/Daniel Fishman, « *Prise en charge des traumatismes crâniens en médecine pré-hospitalière : pourquoi et comment* », Médecine&Hygiène [actuellement : Revue médicale suisse] du 10 octobre 2001, p. 1936).

Une *commotio cerebri* assortie d'un score de quinze points sur l'échelle GCS correspond tout au plus à un TCC léger (TF 8C_688/2016 du 8 août 2017 consid. 4.2 et les références citées).

bbb) En l'espèce, les pièces au dossier ne montrent pas que les spécialistes du Centre hospitalier B._____ ayant pris en charge les suites immédiates de l'accident du 24 janvier 2018 auraient qualifié le degré de gravité du traumatisme crânio-cérébral subi. Il en va de même des experts du Centre EE._____.

On constate en revanche que les spécialistes de la Clinique G._____ - où l'assurée a été transférée moins d'un mois après son accident - ont expressément conclu à un TCC modéré, compte tenu essentiellement d'un amnésie post-traumatique de plus d'une heure, respectivement de quelques heures, d'un GCS à cinq sur les lieux de l'accident, d'un hématome sous-dural frontal gauche avec deux suspicions d'hémorragies punctiformes frontales gauches, ainsi que de divers troubles mis en évidence à l'examen neuropsychologique (cf. rapport non daté de la neuropsychologue KK._____ p. 3 ; cf. rapport du 12 mars 2018 du Dr LL._____ p. 3). Cette évaluation a ensuite été reprise par le Dr K._____ (cf. rapport d'expertise du 1^{er} février 2019 p. 5) et le Dr I._____ (cf. notamment rapport du 19 février 2019 p. 2). Si le Dr M._____ a certes conclu à un TCC grave (cf. rapports des 21 janvier 2019 et 27 janvier 2020 [p. 1]), force est toutefois de relever que cette appréciation n'est guère motivée et ne fait en particulier aucune référence aux spécificités concrètes du traumatisme subi le 24 janvier 2018. Il apparaît encore qu'au cours de la prise en charge débutée courant 2019 auprès du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____, le diagnostic de TCC léger selon l'*American*

Congress of Rehabilitation Medicine a été posé (cf. rapports des 2 septembre 2019 [p. 1], 12 février 2020 [p. 2], 17 novembre 2020 [p. 1 s.], 28 décembre 2020 [p. 1 s.], 27 avril 2021 [p. 1], 21 juin 2021 [p. 1] et 23 juin 2021 [p. 1 s.]). Cette évaluation doit cependant être relativisée dans la mesure où elle ne comporte aucune référence au score à l'échelle GCS, alors même que celui-ci a initialement été chiffré à cinq sur le site de l'accident, ou aux lésions cérébrales constatées à l'imagerie, dont l'existence a pourtant été reconnue par ledit service (cf. rapports des 20 février 2020 [p. 1] et 25 février 2020 [p. 1]).

En définitive, seule l'appréciation des médecins de la Clinique G. _____ résulte d'une appréciation d'ensemble de la situation sous les angles clinique, radiologique et diagnostique (cf. TF 8C_596/2022 précité loc. cit.). Sur cette base, il y a lieu de retenir que l'accident du 24 janvier 2018 a occasionné chez l'assurée un TCC modéré, respectivement une atteinte se situant en tous les cas à la limite d'une *contusio cerebri*. Peu importe, à cet égard, que le score à l'échelle GCS soit ultérieurement remonté à quinze ou que les lésions cérébrales constatées à l'imagerie se soient résorbées par la suite, dès lors que de telles évolutions ne sauraient faire oublier les constats médicaux initiaux.

ccc) Il découle de ce qui précède que l'examen de la causalité adéquate ne peut donc pas reposer sur les critères développés pour les troubles psychiques au motif d'un TCC léger. Sous cet angle, la décision attaquée est donc erronée.

bb) Par ailleurs, contrairement à ce qu'a soutenu E. _____ au cours de la présente procédure judiciaire, on ne peut pas considérer que l'assurée présente des troubles psychiques distincts et indépendants du tableau consécutif à un traumatisme de type « *coup du lapin* ».

C'est d'une part oublier l'importance de la symptomatologie neuropsychologique mise en avant, qui n'est clairement pas assimilable à un trouble psychique à proprement parler.

D'autre part, il faut rappeler que les médecins de la Clinique G._____ n'ont retenu aucun trouble psychique (cf. rapport de synthèse du 6 juin 2018 p. 5). Quant aux praticiens du Centre CC._____, ils ont certes évoqué la piste d'un syndrome anxieux reposant sur une origine multifactorielle (cf. rapport du 12 novembre 2018 p. 3) mais sans étayer ou développer leur appréciation ; il en va de même du trouble anxio-dépressif évoqué par le Dr Z._____ (cf. rapport du 23 janvier 2020). A cela s'ajoute qu'aux termes du rapport d'expertise du Centre EE._____, l'assurée s'est vu reconnaître une atteinte psychique circonscrite à un syndrome post-commotionnel (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2019 p. 30 et 32), qui s'inscrit par définition dans un contexte de TCC. Le diagnostic de trouble organique de la personnalité/syndrome frontal retenu par le Dr I._____ (cf. rapports des 19 février 2019 [p. 2] et 6 mai 2020) ne relève pas davantage d'un diagnostic psychiatrique autonome. Enfin, les médecins du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____ ont certes évoqué une problématique thymique mais l'ont rattachée à une encéphalopathie post-traumatique (cf. rapports des 2 septembre 2019 [p. 1 s.] 12 février 2020 [p. 2], 20 février 2020 [p. 2], 25 février 2020 [p. 2] et 23 juin 2021 [p. 1 ss]) qui ne peut donc pas, quant à elle, être appréhendée sans égard à un contexte traumatique ; bien plus, la Prof. L._____, la psychologue D._____ et la neuropsychologue FF._____ ont pour leur part conclu à un trouble organique de la personnalité avec état anxieux (cf. rapports des 27 avril 2021 [p. 1] et 21 juin 2021 [p. 1]), affection par définition rattachée au dysfonctionnement d'un organe.

Il apparaît ainsi que les circonstances de la présente affaire ne permettent pas de conclure à un tableau clinique dominé par des troubles psychiques importants et distincts d'affections psycho-organiques après un traumatisme cranio-cérébral.

cc) Il convient par conséquent de considérer qu'en présence d'un TCC modéré à la limite d'une *contusio cerebri*, la causalité adéquate doit en l'occurrence être examinée sous l'angle des critères spécifiques développés à l'égard des traumatismes de type « *coup du lapin* » (cf.

consid. 3b/bb/bbb supra). Or, dans une telle constellation, l'examen de la causalité adéquate doit intervenir non pas au moment de la stabilisation des seules atteintes physiques mais dès la stabilisation de l'ensemble des atteintes entrant en ligne de compte (cf. consid. 3b/bb/ccc supra). On ne peut cependant, en l'état, conclure à une telle stabilisation dans le cas particulier.

Sur ce point, la Cour relève qu'aux termes de l'expertise réalisée par les spécialistes du Centre EE._____, il est apparu que l'état de santé de la recourante n'était stabilisé ni au plan neuropsychologique ni au plan psychique, mais qu'une prise en charge thérapeutique s'imposait afin de permettre la récupération d'une pleine capacité de travail au plan neuropsychologique et d'un plein rendement au plan psychique (cf. rapport d'expertise du 4 octobre 2019 p. 37) - une telle évolution étant escomptée après une période de six mois dès le 1^{er} juillet 2019, respectivement dès le début de l'année 2020 (cf. ibid. p. 34). Les experts ont plus particulièrement souligné une détérioration de la détresse psychique de l'intéressée au cours des derniers mois, en raison de l'impact des difficultés cognitives qui n'avaient pas fait l'objet d'un suivi adéquat à l'issue du séjour à la Clinique G._____, et ont ajouté qu'un suivi actif au plan attentionnel et exécutif apparaissait donc indiqué, avec réévaluation à huit mois post-suivi (cf. ibid. p. 29 et 33). Ces nuances n'ont guère été prises en considération dans la synthèse établie le 22 octobre 2019 par le Dr H._____, lequel s'est contenté d'admettre une diminution de rendement limitée au 31 décembre 2019, sans tenir compte du fait que la pleine récupération attendue au 1^{er} janvier 2020 était subordonnée à la mise en œuvre d'un suivi spécifique. Or la prise en charge de l'assurée n'a manifestement pas évolué dans ce sens. Il apparaît en effet que le suivi psychiatrique auprès du Dr I._____ s'est certes poursuivi et que différentes consultations ont bien eu lieu au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier B._____ dès le printemps 2019 mais que, en définitive, aucune prise en charge neuropsychologique n'a débuté avant l'année 2021, la situation ayant même connu une légère aggravation à cette époque (cf. rapports de la Dre Q._____ des 2 décembre 2020 [p. 1] et 28 décembre 2020 [p. 3] et rapport de la Prof.

L._____ et de la psychologue D._____ du 27 avril 2021 [p. 3]). Sur cette base, on ne saurait donc sérieusement défendre la thèse d'une stabilisation des atteintes neuropsychologiques/psychiques au 31 décembre 2019.

Sous cet angle, l'examen de la causalité adéquate est donc intervenu de manière prématurée.

c) C'est ici le lieu de rappeler qu'il n'est pas admissible de clore un cas d'assurance - au sens de l'art. 19 al. 1 LAA - de manière séparée pour les troubles psychiques, d'une part, et les troubles physiques, d'autre part (cf. TF 8C_210/2018 précité loc. cit.). Ainsi, il faut en définitive considérer que c'est à tort qu'E._____ a décidé de mettre fin aux prestations de courte durée avec effet au 31 décembre 2019. En ce sens, la décision entreprise ne saurait être maintenue. L'intimée s'étant prononcée sans détenir les éléments nécessaires quant à la stabilisation des atteintes neuropsychologiques/psychiques de la recourante, la cause doit par conséquent lui être renvoyée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires auprès des médecins traitants de la recourante (en particulier sur la situation à l'issue du traitement neuropsychologique ambulatoire dispensé du 24 février au 19 mai 2021), étant par ailleurs réservée la faculté de mettre ultérieurement en œuvre, le cas échéant, une évaluation sur les plans neuropsychologique et psychique. Il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur l'ensemble des prétentions de la recourante conformément à l'art. 19 al. 1 LAA - étant rappelé qu'E._____ n'a à ce jour pas statué sur les objections soulevées par l'assurée en procédure administrative du point de vue du droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises par la partie recourante.

6. a) Bien fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

Vu le sort de ses conclusions, la partie 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 2'500 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 la partie 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 9 avril 2020 par E. _____ [...] est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

IV. E. _____ Assurances SA versera à T. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), 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 Corinne Monnard Séchaud (pour T. _____),
- Me Didier Elsig (pour E. _____ [...]),
- 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 :