

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2022

Composition : M. NEU, président
M. Reinberg et Mme Gay, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

B. _____, à [...], intimée.

**Art. 4 et 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 18 al. 1
LAA**

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité d'auxiliaire de santé au taux de 80 % pour la [...] dès le 1^{er} mars 2015. A ce titre, elle était assurée auprès de B._____ contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 23 mai 2015, l'assurée est tombée dans des circonstances peu claires comme passagère d'une moto ; elle ne portait pas de casque. Après avoir perdu connaissance, l'assurée a été amenée à [...] où elle a été hospitalisée avant d'être transférée à [...], du 1^{er} au 3 juin 2015. Les intervenants qui l'ont examinée ont posé les diagnostics de polytraumatisme (avec contusions hémicorporelles droites avec plaie frontale droite, ptose palpébrale droite, traumatisme craniocérébral - avec trouble sévère de l'état de conscience initialement, amnésie circonstancielle et amnésie antérograde de quatre jours [versus coma initialement], céphalées avec vertiges post-traumatiques et paresthésie du pied droit -, fracture ouverte médiodiaphysaire du radius droit de type Galeazzi I et fracture fermée non déplacée du cubitus [ulna] gauche toutes deux traitées le 24 mai 2015 par ostéosynthèse par plaque et embrochage radio-cubital à droite et plaque à gauche, lésions dentaires multiples), de tachycardie sinusale, d'état de stress post-traumatique et d'état dépressif réactionnel (rapports du 2 juin 2015 des Drs [...], [...], spécialiste en médecine légale, et [...], spécialiste en médecine légale, respectivement médecin assistante, chef de clinique et cheffe de clinique adjointe de [...]; du Dr [...], médecin dentiste, portant une date illisible ; des 15 juin, 27 juillet et 31 août 2015 du Dr L._____, spécialiste en neurologie ; du 8 juin 2015 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin chef auprès [...]; du 6 octobre 2015, du 1^{er} décembre 2015 et du 8 avril 2016 de la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale).

Dans le cadre de l'instruction du dossier, B._____ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont elle a confié la réalisation au G._____. Aux termes de leur évaluation consensuelle des 14 avril, 2 mai

et 4 mai 2016, les Drs V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, D._____, spécialiste en neurologie, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de status après ostéosynthèse du radius distal droit et fixation radio-cubitale distale transitoire, de status après fracture du cubitus gauche traitée par ostéosynthèse et de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Ils ont relevé que la situation orthopédique n'était pas stabilisée, des progrès restant à faire, en particulier en reprise de force dans les membres supérieurs, principalement le droit. Les experts ont estimé que l'accident du 23 mai 2015 était la cause principale des troubles constatés mais qu'il existait des facteurs indépendants de l'accident qui avaient joué un rôle dans l'évolution défavorable de ceux-ci. Ainsi, les troubles orthopédiques étaient dus à l'accident, mais les troubles neurologiques, provoqués par cet événement, étaient entretenus par des facteurs extra-somatiques indépendants. Les troubles psychiques étaient quant à eux considérés comme « possiblement dus à l'accident ». Les experts ont retenu que l'assurée présentait une pleine capacité de travail sur les plans neurologique et psychiatrique et qu'au niveau orthopédique elle pourrait reprendre en partie son activité professionnelle à la condition que ne lui soient confiées que des tâches légères. Interrogé à ce sujet, le Dr V._____ a indiqué, le 18 août 2016, que l'assurée présentait une incapacité de travail complète en raison des fractures du poignet droit et du cubitus gauche ainsi que de la symptomatologie du sus-épineux de l'épaule droite. Il a retenu, comme limitations fonctionnelles, une limitation à soulever et porter des poids avec les deux poignets et une limitation à soulever des charges même légères en-dessus de l'horizontale avec l'épaule droite. Le spécialiste a en outre précisé ce qui suit :

« Il est écrit en toutes lettres à la question numéro 4 que la situation orthopédique n'est pas stabilisée.

Un traitement de rééducation, renforcement musculaire progressif des membres supérieurs et travail d'abaissement de l'épaule droit[e] doit être entrepris.

Si la symptomatologie de l'épaule droite ne diminue pas avec cette rééducation, un bilan à la recherche d'une lésion franche du tendon du sus-épineux doit être effectué.

A l'âge de Mme X._____, une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs est invraisemblable, raison pour laquelle une déchirure franche du sus-épineux, si elle était objectivée devrait être considérée comme clairement consécutive directement à l'accident ».

Dans un rapport du 12 août 2016, la Prof. M._____ et [...], respectivement cheffe de service et psychologue auprès du [...], ont rendu compte de l'examen neuropsychologique auquel elles ont procédé le 11 juillet 2016 et ont retenu que l'assurée présentait un léger fléchissement mnésique antérograde verbal en condition d'apprentissage s'inscrivant probablement et de manière prépondérante dans le contexte d'un possible état de stress post-traumatique. Elles ont posé les diagnostics de fléchissement mnésique et de signes probables de la lignée anxio-dépressive.

Le 23 septembre 2016, le Dr V._____ a répété considérer que la situation de la recourante sur le plan orthopédique n'était pas stabilisée.

Dans un rapport du 6 octobre 2016, le Dr Y._____, collègue de la Dre H._____, a informé B._____ qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite effectuée le 1^{er} septembre 2016 avait permis de constater l'absence d'atrophie musculaire et mis en évidence une discrète tendinopathie distale du sus-épineux et fait soupçonner la présence d'une capsulite rétractile. Le 29 novembre 2016, il a indiqué être pessimiste quant aux effets attendus du traitement mis en place et a précisé estimer que sa patiente pourrait participer à des mesures professionnelles à condition de ne pas porter de charges ou effectuer des mouvements répétitifs des épaules au maximum 2 à 3 heures par jour. Il a estimé que, dans le respect de ses limitations (pas de port de charges avec les deux poignets, pas de port de charges, mêmes légères, au-dessus de l'horizontale avec l'épaule droite), l'assurée présentait une capacité de travail de 30 à 50 %. Il a ajouté que l'incapacité de travail attestée était justifiée par les fortes douleurs et les mouvements

limités du membre supérieur droit ainsi que les vertiges dont souffrait l'intéressée.

Interpellé par B._____, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, dans un rapport du 16 janvier 2017 reprenant un précédent rapport du 9 décembre 2016, que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail et ne présentait pas de restriction sur le plan orthopédique. Il a indiqué n'avoir examiné l'intéressée qu'à une occasion, le 7 décembre 2016, et a observé que ses plaintes étaient diverses et peu précises, ne présentaient que peu de corrélations avec ses constatations objectives, s'inscrivaient dans un cadre de fatigue générale et de contractures musculaires et n'étaient dès lors pas forcément en lien avec l'accident du 23 mai 2015.

Dans un rapport du 29 janvier 2017, le Dr Y._____ a constaté l'amélioration de l'état de l'assurée et indiqué que celle-ci pourrait évoluer dans une activité adaptée à la lésion tendineuse de l'épaule droite.

Dans une note manuscrite non datée sur un courrier du 23 mai 2017 de B._____, le Dr C._____ a indiqué qu'il avait revu l'assurée pour le traitement des suites de l'accident le 29 août 2016 pour la dernière fois.

Par courrier du 24 mai 2017, B._____ a mis fin au versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2017.

Dans un rapport du 28 juin 2017, le Dr L._____ a rendu compte d'une IRM cérébrale réalisée le 21 juin 2017, laquelle démontrait des séquelles de lésions axonales diffuses. Il a expliqué que cet examen confirmait une atteinte cérébrale significative consécutive au traumatisme craniocérébral et permettait de retenir l'hypothèse de lésions axonales diffuses des voies sensitives, non visibles à l'imagerie. Il a ajouté ne constater aucune contre-indication à la reprise progressive par l'assurée,

d'abord une journée par semaine, de sa formation en soins et santé communautaire.

Faisant suite à une demande de prestations déposée le 28 août 2015, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a confié la réalisation d'une expertise rhumatologique à la Dre E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Dans un rapport du 7 décembre 2017, l'experte a considéré que l'assurée ne présentait aucune limitation sur le plan ostéoarticulaire et posé, sur le plan rhumatologique, les diagnostics invalidants de « traumatisme craniocérébral avec troubles sévères de l'état de conscience, coma initial de 6 sur 15 de l'échelle de Glasgow, amnésie circonstancielle et amnésie antérograde de 4 jours, céphalées récurrentes avec occasionnellement vertiges non rotatoire d'origine post-traumatique, troubles de concentration, insomnies, fatigabilité mentale » et de lésions axonales séquellaires bilatérales des gyrus frontaux supérieurs notamment du côté droit (tel que cela ressortait de l'IRM réalisée le 21 juin 2017). Elle a retenu comme limitations fonctionnelles des limitations d'ordre neuropsychologiques et liées aux céphalées récurrentes ainsi qu'à l'insomnie. La Dre E._____ a estimé que l'assurée s'était trouvée en incapacité totale de travailler dès le 24 mai 2015 mais qu'elle disposait d'une capacité de travail en qualité d'auxiliaire de santé depuis le mois d'avril 2017, laquelle devait faire ou aurait dû faire l'objet d'une évaluation (« [la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle] reste à déterminer par une mesure d'observation en situation de stage » [p. 35] et « [L'activité] d'auxiliaire de santé est adaptée depuis avril 2017, les céphalées ayant régressé, si une remise en situation avait été évaluée et menée progressivement. D'abord à 50% puis 2 mois plus tard à 70% et plus peut-être » [p. 36]).

Le 28 mars 2018, au vu des conclusions de l'expertise susmentionnée, l'assurée a requis de B._____ qu'elle reprenne le paiement des indemnités journalières en sa faveur, ce rétroactivement depuis le 1^{er} juin 2017. Elle a produit l'avis du 12 mars 2018 de la Dre Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-

invalidité, faisant suite au rapport de la Dre E._____, dont on extrait ce qui suit :

« En résumé, vu[...] que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire concernant l'aspect neurologique ne sont plus d'actualité (nouvelles lésions sur l'IRM cérébrale du 21.06.17), la persistance de troubles neuropsychologiques (céphalées invalidantes, fatigue et fatigabilité, troubles de l'attention et de la concentration), vu l'âge de l'intéressée et afin de se prononcer sur les capacités de l'assurée de continuer les études dans la 3^{ème} année des soins communautaires, ou une autre activité pérenne, nous suggérons, [...] une expertise neurologique ».

La B._____ a chargé le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, d'une expertise. Dans son rapport du 2 novembre 2017, le Dr Z._____ a retenu que l'assurée avait présenté trois types de lésions résultant de l'accident - un traumatisme crânio-cérébral avec plaie faciale et bris dentaire, une fracture de Galeazzi ouverte stade I selon Gustilo droite et une fracture du tiers distal du cubitus gauche - et que ces lésions étaient guéries « sans séquelles » au 29 octobre 2015, date à laquelle le « chirurgien orthopédiste et traumatologue traitant » avait attesté d'une capacité de travail pleine et entière. Le Dr Z._____ a relevé que l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Il a indiqué à plusieurs reprises une amplification indiscutable des plaintes ainsi que d'importantes contradictions entre celles-ci et les mouvements que l'intéressée effectuait spontanément pour y remédier. Le spécialiste a précisé que les douleurs aux deux pieds, au dos, au coccyx et aux deux bras ne pouvaient pas être objectivées et que les troubles dépeints (« douleurs atroces à la tête, aux deux pieds surtout au pied droit, au dos, au coccyx, aux deux bras, ne peut pas porter du lourd ») n'étaient pas dus à l'accident dès lors que les lésions en lien avec l'accident étaient guéries sans séquelles depuis le 29 octobre 2015. Il a estimé que l'assurée avait présenté une incapacité complète de travail entre le 23 mai 2015 et le 26 août 2015, puis une capacité de travail de 50 % jusqu'au 29 octobre 2015 avant de recouvrer une pleine capacité de travail dans toute activité.

Dans une décision du 28 juin 2018 s'appuyant sur le rapport du Dr Z._____, B._____ a mis fin au paiement des soins médicaux et

de l'indemnité journalière avec effet au 29 octobre 2015, précisant que « les prestations versées à tort au-delà de cette date ne seront pas redemandées en restitution [; i] en va de même pour l'indemnité journalière qui a été versée jusqu'au 31 mai 2017 ».

Par acte du 12 juillet 2018 complété le 20 septembre 2018, l'assurée, représentée par Me David Métille, s'est opposée à la décision du 28 juin 2018. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr Z._____. Le 10 octobre 2018, elle a produit un rapport du 9 octobre 2018 de la Prof. M._____. La spécialiste y indiquait qu'une évaluation neuropsychologique effectuée les 23 août et 24 septembre 2018 avait mis en évidence des troubles en mémoire antérograde non verbale, des difficultés attentionnelles et une baisse des performances dans le domaine exécutif, troubles de nature à diminuer partiellement la capacité de travail. Le tableau était comparable à celui résultant du bilan réalisé le 11 juillet 2016 avec, cependant, une légère baisse en 2018. L'état de l'assurée sur le plan cognitif ne devait plus s'améliorer de sorte que la situation pouvait être considérée comme stabilisée. La Prof. M._____ a précisé que la capacité de travail ainsi que le degré d'une éventuelle atteinte à l'intégrité ne pouvaient pas être déterminés actuellement, l'assurée étant en train de reprendre sa formation.

Par envoi du 12 octobre 2018, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- un contrat de travail conclu le 17 juillet 2018 avec [...], aux termes duquel l'assurée a été engagée au taux de 60 % en qualité d'assistante en soins et santé communautaire en troisième année de formation ;
- le rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 25 septembre 2018 par la Prof. M._____, [...] et [...], psychologue adjointe et psychologue assistant auprès du [...], à la suite des examens effectués les 23 août et 24 septembre 2018 concluant à une légère

baisse des performances cognitives, notamment concernant les fluences verbales, en mémoire à court terme verbale et en mémoire de travail, ainsi qu'au niveau exécutif et au constat des résultats déficitaires d'une épreuve de mémoire antérograde non verbale ainsi que du test d'attention divisée. Les spécialistes notaient la présence de plaintes de type post-traumatique et de signes probables de la lignée anxio-dépressive.

Par décision sur opposition du 7 janvier 2019, B._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée en se fondant sur l'appréciation du Dr Z._____.

B. Par acte du 7 février 2019, X._____, représentée par Me David Métille, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, et pris les conclusions suivantes :

« I. Principalement

1. Admettre le présent recours.
2. Partant, annuler la décision sur opposition de B._____ du 7 janvier 2019, en la condamnant au versement des prestations d'assurances selon la LAA pour les suites de l'accident du 23 mai 2015 postérieurement au 31 mai 2017, aussi bien sur le plan orthopédique que neurologique, voire neuropsychologique.

II. Subsidiairement

3. Procéder à une expertise orthopédique auprès d'un véritable spécialiste des membres supérieurs en excluant tous les spécialistes indiqués sous chiffre III, 3.1 des motifs du recours.
4. Eventuellement, renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle procède elle-même à une telle expertise médicale sur le plan orthopédique.

[...] ».

En substance, elle a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr Z._____, accusant notamment ce dernier d'avoir fait preuve de prévention à son égard, de n'avoir pas discuté certains rapports médicaux au dossier et d'en avoir critiqué d'autres sans raisons valables.

Par réponse du 13 mai 2019, B._____ a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 22 juillet 2019, la recourante a confirmé ses précédents moyens et conclusions. Elle a produit plusieurs pièces, dont notamment :

- un rapport du 14 octobre 2015 du Dr L._____ ;
- un rapport du 20 octobre 2015 du Dr C._____ retenant que la recourante présentait une incapacité totale de travail entre le 24 mai 2015 et le 23 août 2015 et qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, capacité qui devait pouvoir augmenter, alors qu'il était encore trop tôt pour déterminer si des mesures de réadaptation professionnelles seraient utiles ;
- un courrier du 3 décembre 2015 de l'OAI refusant d'octroyer à la recourante des mesures professionnelles au motif que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée ;
- un avis du 30 octobre 2018 de la Dre Q._____ constatant que les conséquences neuropsychologiques liées à l'accident revenaient au premier plan et décidant d'attendre la prochaine évaluation ainsi que la reprise d'une activité pour déterminer la capacité de travail.

Le 25 juillet 2019, à la demande du juge instructeur, l'OAI a produit son dossier concernant la recourante. Il y figure notamment un rapport d'expertise rendu le 27 juillet 2018 par le Dr N._____, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de déconditionnement physique et concluant à une pleine capacité de travail, depuis le 4 mai 2016, à l'issue d'une période de réadaptation de trois mois.

Aux termes de sa duplique du 27 août 2019, B._____ a maintenu son appréciation.

Le 17 septembre 2019, la requérante a déposé des déterminations complémentaires. Elle a fait de même le 4 novembre 2019, pour contester le rapport d'expertise rédigé le 27 juillet 2018 par le Dr N._____.

Par acte du 23 janvier 2020, la requérante a complété son recours et précisé sa conclusion n° 2 comme suit :

« 2. Partant, annuler la décision sur opposition de B._____ du 7 janvier 2019, en la condamnant à l'allocation d'une rente d'invalidité d'un taux d'au moins 50%, pour les seules séquelles neuropsychologiques, avec effet au 1^{er} juin 2017, respectivement à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux d'au moins 35%, pour les seules séquelles neuropsychologiques, les prestations complémentaires avec les éventuelles séquelles sur un plan orthopédiques et neurologique demeurant réservées, avec intérêts à 5% depuis le 1^{er} juin 2017, sous réserve de l'application de l'art. 26 LPGA.

2bis. A titre subsidiaire et en cas de licenciement de la requérante, respectivement de diminution de son taux d'activité professionnelle pour des motifs de santé, annuler la décision sur opposition de B._____ du 7 janvier 2019, en la condamnant à l'allocation d'une rente d'invalidité d'un taux d'au moins 62%, pour les seules séquelles neuropsychologiques, avec effet au 1^{er} juin 2017, respectivement à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux d'au moins 35%, pour les seules séquelles neuropsychologiques, les prestations complémentaires avec les éventuelles séquelles sur un plan orthopédique et neurologique demeurant réservées, avec intérêts à 5% depuis le 1^{er} juin 2017, sous réserve de l'application de l'art. 26 LPGA ».

Elle a notamment produit un rapport du 12 décembre 2019 de la Prof. M._____ rendant compte d'un examen neuropsychologique effectué le 20 novembre 2019 dont on extrait ce qui suit :

« Par rapport à notre examen précédent, effectué les 23 août et 24 septembre 2018, on note une amélioration partielle du tableau cognitif, notamment sur le plan de la mémoire à court terme visuo-spatiale et de l'attention, tandis que des difficultés exécutives et la fragilité en mémoire de travail persistent.

[...]

Plusieurs arguments indiquent que les troubles neuropsychologiques que nous avons constatés à notre examen sont dus au traumatisme

crânio-cérébral que la patiente a subi le 2[3] mai 2015. Le traumatisme crânio-cérébral peut être qualifié de sévère vu le Glasgow Coma Scale bas, la durée d'amnésie post-traumatique ainsi que la présence de lésions séquellaires axonales post-traumatiques sur l'IRM effectuée en juin 2017. De même une amélioration progressive du tableau cognitif parle en faveur de l'interprétation en tant que séquelles d'accident. Donc, nous estimons qu'il est très vraisemblable que le tableau cognitif actuel est en relation causale avec le traumatisme crânio-cérébral de l'accident de la voie publique. Néanmoins, nous ne pouvons pas exclure une contribution des troubles de l'humeur qui, par contre, semblent être aussi en relation avec l'accident.

3. Quelle pourrait être l'évolution probable à plus long terme des séquelles d'ordre neuropsychologique suite à l'accident dont la patiente a été victime le 24 mai 2015 ?

A plus de 4 ans de l'accident, on est dans une situation stable. On peut estimer que les troubles neuropsychologiques que nous avons constatés à notre examen du 20 novembre 2019 constituent le tableau séquellaire.

[...]

Les séquelles cognitives que nous décrivons dans notre rapport ne risquent pas de s'améliorer. Tout au plus, une adaptation du cadre de vie pourrait améliorer les troubles de l'humeur.

5. A l'inverse, est-ce qu'un risque d'aggravation du statut neuropsychologique pourrait être envisagé ? [...]

Au cours de nos trois évaluations neuropsychologiques en 2016, 2018 et 2019, nous voyons une situation essentiellement similaire avec de légères améliorations. Nous n'avons pas d'argument pour craindre une aggravation du statu[s] neuropsychologique durant les mois ou années à venir.

6. Quel serait le taux de capacité de travail de la patiente dans le cadre d'une activité adaptée en ne tenant compte que des atteintes sur un plan strictement neuropsychologique ?

Sur le plan strictement neuropsychologique, un taux d'activité entre 40 et 60 % pourrait être envisageable. Il risque d'être limité par une fatigabilité accrue. Dans ce contexte [...], il est fort probable que le rendement soit diminué [...] ».

La recourante a déposé, le 19 novembre 2020, des déterminations complémentaires et a produit plusieurs pièces, soit notamment :

- un avis du 17 avril 2020 de la Dre Q. _____ reprenant les conclusions formulées par la Prof. M. _____ le 12 décembre 2019 ;

- un rapport initial du 30 juin 2020 de l'OAI retenant que la recourante présente une capacité de travail de 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, avec un rendement de 80 % ;
- un projet de décision du 6 novembre 2020 par lequel l'OAI a informé la recourante de son intention de lui allouer un quart de rente entre le 1^{er} mai 2016 et le 31 décembre 2017, une demi-rente du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 et un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2019.

Par acte du 15 décembre 2020, B._____ a maintenu sa position.

Le 28 décembre 2020, la recourante a confirmé ses précédents moyens et conclusions et a produit un onglet de pièces sous bordereau.

Dans un envoi du 19 janvier 2021, B._____ a maintenu son appréciation du cas.

Le juge instructeur a tenu une audience d'instruction et de conciliation le 25 mai 2021, en présence des parties.

A la suite de cette audience, les parties ont échangé plusieurs prises de vues dans le cadre de pourparlers transactionnels les 29 juin, 18 août, 7 septembre et 24 septembre 2021. Ces pourparlers n'ont pas abouti.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, les tribunaux cantonaux des assurances peuvent, exceptionnellement, étendre leur pouvoir d'examen à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. La question excédant l'objet de la contestation doit être en l'état d'être jugée et les droits procéduraux des parties, en particulier le droit d'être entendu, doivent être respectés (ATF 135 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3 ; Jean Métral *in* Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 22 *ad* art. 56 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a trait à la décision par laquelle l'intimée a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière en faveur de la recourante avec effet au 29 octobre 2015. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ces prestations à cette date. Il porte également sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. En effet, selon le Tribunal fédéral, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouve en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 concernant un recours contre une décision refusant le droit à la rente ; TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

Cela étant, la conclusion de la recourante prise au pieds de son écriture du 23 janvier 2020 afférant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité excède l'objet du litige et n'est dès lors pas recevable.

c) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable,

soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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 citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) aa) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 *ab initio* LAA).

De plus, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

bb) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des

traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6.2).

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 (TF 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'occurrence, il est constant qu'à l'issue d'un accident survenu le 23 mai 2015, la recourante a subi d'importantes atteintes sur les plans orthopédique, neurologique et neuropsychologique. Il est également admis que ces atteintes découlent entièrement ou à titre principal de l'événement litigieux (expertise du G._____ des 14 avril, 2 et 4 mai 2016 ; rapport du Dr L._____ du 28 juin 2017 ; expertise de la Dre E._____ du 7 décembre 2017 ; rapports de la Dre M._____ des 12 août 2016, 9 août 2018, 25 septembre 2018 et 12 décembre 2019).

b) L'intimée considère que la situation de la recourante s'est stabilisée en s'appuyant sur le rapport rendu le 2 novembre 2017 par le Dr Z._____.

En premier lieu, il convient de relever que ce médecin, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'était pas compétent pour examiner les atteintes neurologiques et neuropsychologiques dont souffre la recourante. Le Dr Z._____ l'a d'ailleurs lui-même admis puisqu'il a renvoyé, sur le plan du diagnostic neurologique, à l'expertise du G._____. Or, ce renvoi est problématique. En effet, à la date à laquelle le Dr Z._____ a rendu son rapport, l'appréciation émise par Dr D._____ le 2 mai 2016 ne pouvait plus être reprise puisqu'une IRM réalisée le 21 juin 2017 avait mis en lumière l'apparition de séquelles de traumatisme cérébral (« lésions séquellaires axonales post-traumatiques bilatérales »). Dans la mesure où l'expert s'est référé, dans son exposé, à ce document d'imagerie ainsi qu'au rapport du 28 juin 2017 du Dr L._____ en rendant compte, on ne peut que constater qu'il avait connaissance de ces nouvelles atteintes. En pareilles circonstances, le renvoi à l'expertise G._____ est incompréhensible. Au demeurant, ces développements sur le plan neurologique commandaient au Dr Z._____ de soulever la nécessité d'une nouvelle évaluation à cet égard et, surtout, imposaient à B._____ d'instruire davantage avant de rendre sa décision. C'est le lieu de relever que ces mêmes circonstances ont justifié la mise en œuvre, par l'OAI, d'une expertise neurologique (cf. p. 11 de l'expertise du 27 juillet 2018 Dr N._____ ; rapport de la Dre Q._____ du 12 mars 2018).

Outre le fait que l'examen médical effectué par le Dr Z. _____ ne traite pas de l'ensemble des atteintes dont souffre la recourante, il y a lieu de constater que, même sur le plan orthopédique, son appréciation est incomplète. En effet, l'expert n'a pas explicité ses divergences avec l'opinion pourtant motivée du Dr V. _____, se bornant à relever que ce dernier n'avait pas investigué certaines plaintes de la recourante. Surtout, le Dr Z. _____ ne renseigne pas sur les raisons pour lesquelles il conclut que la recourante aurait présenté au 29 octobre 2015 une « guérison sans séquelle » de l'accident. Il se contente en effet de renvoyer à l'appréciation d'un autre médecin (« le chirurgien orthopédiste et traumatologue traitant ») qui aurait attesté, au 29 octobre 2015, d'une pleine capacité de travail. L'expert a ainsi omis d'indiquer si et pour quelles raisons une rémission de l'ensemble des atteintes orthopédiques à cette date paraissait plausible. En agissant de la sorte, le Dr Z. _____ ne fait que reprendre une opinion précédente sans apporter d'élément médical objectif attestant de la pertinence de celle-ci. En définitive, le rapport du Dr Z. _____, isolé dans ses conclusions, ne constitue, au mieux, qu'un avis, divergeant des autres appréciations au dossier.

A cela s'ajoute que, comme le relève la recourante, on ignore à quel document le Dr Z. _____ fait référence lorsqu'il évoque un rapport du « chirurgien orthopédiste et traumatologue traitant » du 29 octobre 2015. Il n'est pas fait état d'un tel rapport dans la liste de pièces médicales rédigée par l'expert lui-même. L'intimée évoque, dans sa décision et dans sa réponse, le rapport du 20 octobre 2015 du Dr C. _____. Nonobstant le fait que ce renvoi atteste bien que l'assureur-accidents n'a pas non plus trouvé la référence utilisée par le Dr Z. _____ pour fixer la date à partir de laquelle l'ensemble des séquelles de l'accident litigieux seraient guéries, le résumé fait par B. _____ ne reprend pas le contenu exact du rapport en relevant que « les fractures sont consolidées, le pronostic est globalement favorable. Cependant des syndromes neurologiques peuvent persister. L'incapacité à 100 % depuis le 24 mai 2015 au 23 août 2015 » alors même qu'il est encore précisé : « [d]u point de vue médical, l'activité est [...] exigible à 50% de son 80%

habituel. Il est trop tôt pour se prononcer quant à l'opportunité d'une réadaptation professionnelle, le taux d'activité devrait pouvoir augmenter. Limitations fonctionnelles : travail dans différentes positions, ne pas se pencher, ne pas travailler les bras au-dessus de la tête, pas en position accroupie ou à genoux sans effectuer des rotations du tronc en position assise ni debout, pas de port de charges. Concentration limitée par le TCC ». Si les termes de « chirurgien orthopédiste et traumatologue traitant » paraissent en effet évoquer le Dr C._____, force est de constater que le contenu du rapport du 20 octobre 2015 - seul document émanant de ce spécialiste au dossier pendant la période considérée - diffère de celui évoqué par le Dr Z._____. En effet, aux termes de ce rapport, le Dr C._____ s'est refusé à déterminer l'opportunité de mesures de réadaptation et a relevé que la capacité de travail définitive de la recourante pouvait encore s'améliorer tout en listant plusieurs limitations fonctionnelles qu'une activité adaptée devrait respecter. Ces éléments démontrent que les atteintes orthopédiques résultant de l'accident n'étaient pas, à cette date, complètement guéries, « sans séquelle ». Le fait que le Dr C._____ ait encore vu la recourante le 29 août 2016 atteste également de ce fait (courrier de B._____ du 23 mai 2017 annoté par le Dr C._____ à une date non précisée).

Pour toutes ces raisons, l'intimée ne pouvait se fonder sur l'expertise du Dr Z._____ pour retenir que la recourante présentait un état de santé stabilisé au 29 octobre 2015.

c) Il découle de ce qui précède que si la stabilisation de l'état de santé de la recourante est maintenant acquise, il subsiste des doutes quant aux dates successives auxquelles cette stabilisation est survenue, les pièces au dossier faisant en effet apparaître certains désaccords à cet égard tant sur le plan orthopédique (rapports du 18 août 2016 et du 23 septembre 2015 du Dr V._____ ; rapports des 6 octobre 2016, 29 novembre 2016 et 29 janvier 2017 du Dr Y._____ ; rapport du 16 janvier 2017 du Dr S._____ ; expertise du 2 novembre 2017 du Dr Z._____) que neurologique et psychoneurologique (rapport du 28 juin 2017 du Dr L._____ ; expertise de la Dre E._____ du 7 décembre

2017 ; rapports des 12 août 2016, 9 octobre 2018, 25 septembre 2018 et 12 décembre 2019 de la Dre M. _____).

En définitive, compte tenu des considérations ci-dessus, il se justifie de de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont la réalisation sera confiée à des spécialistes qui pourront, aux termes d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes de la recourante, déterminer à quelles dates son état de santé se serait stabilisé. C'est à l'autorité intimée qu'il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il appartiendra à cette dernière de statuer également sur la question d'une éventuelle rente d'invalidité (cf. consid. 2b *supra*) ainsi que sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 2 LAA).

6. a) Le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle reprenne l'instruction du dossier conformément aux considérants qui précèdent.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA).

c) Obtenant gain de cause sur l'essentiel 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) qu'il convient d'arrêter à 3'500 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 mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

Par décision du 20 février 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le

mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 7 janvier 2019 par B._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. B._____ versera à X._____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour X. _____),
- B. _____,
- 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 :