

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Franck-Olivier Karlen,
avocat à Morges,

et

X._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'assistante socio-éducative auxiliaire pour le compte de [...]. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accidents ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de X._____ SA (ci-après : X._____ SA ou l'intimée). Elle était par ailleurs assurée auprès de B._____ SA contre le risque maladie non professionnelle.

A une date indéterminée de la fin du mois de janvier 2019, ainsi que le 2 février 2019, l'assurée a subi plusieurs chutes à ski.

Le 2 février 2019, l'assurée a consulté le Service des urgences de [...]. Dans son rapport du 3 février 2019, la Dre Z._____, médecin, a diagnostiqué un traumatisme crânien simple avec crise de migraine.

Le 4 février 2019, l'assurée a consulté à nouveau le Service des urgences de [...]. Dans son rapport du même jour, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué un AVC (accident vasculaire cérébral) temporal interne droit sur occlusion de l'artère vertébrale droite, sur probable dissection à la suite de légers traumatismes à ski le 2 février 2019. Le même jour, des examens par CT (*computed tomography*) cérébral et Angio-CT (angiographie) ont été effectués au Service de radiologie de [...]. Le rapport y relatif, daté du 5 février 2019, conclut à un probable AVC ischémique tempo-occipital droit dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure homolatérale sur sténose de l'artère vertébrale droite, possiblement disséquée focalement en regard des vertèbres cervicales C5-C6.

Entre le 5 et le 11 février 2019, l'assurée a été prise en charge au Service de neurologie du [...]. Le rapport de sortie relatif à ce séjour, daté du 22 février 2019, indique un AVC temporal droit principalement mésial sur occlusion de l'artère cérébrale postérieure dans le contexte d'une dissection de l'artère vertébrale droite en segment V2, post

traumatique le 2 février 2019 avec : prosopagnosie, état confusionnel, quadranopsie homonyme supérieure gauche et hémisyndrome sensitif brachio-crurale gauche.

L'assurée a à nouveau été prise en charge au [...] du 19 au 21 février 2019. Le rapport de sortie relatif à ce séjour, daté du 21 mars 2019, fait état d'une récurrence d'AVC ischémique temporal interne droit sur une sténose de l'artère cérébrale postérieure en P1 dans le contexte d'une dissection de l'artère vertébrale droite en V2 et un possible accident ischémique transitoire thalamique droit le 19 février 2019, avec hémisyndrome sensitif gauche d'une durée de 1h30.

Selon la déclaration d'accident du 21 février 2019, l'employeur de l'assurée a annoncé à X. _____ SA ce qui suit : « Mme H. _____ a fait trois AVC. Le premier le 2 février à son domicile. Le deuxième le 4 février dès son arrivée au travail. Le 19.02 à son domicile ».

X. _____ SA a pris le cas en charge.

Dans le cadre de l'instruction du cas, X. _____ SA a sollicité l'avis du Dr J. _____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 8 octobre 2019, le Dr J. _____ a notamment considéré que l'accident du 2 février 2019, même mineur, restait la condition *sine qua non* à la survenue de la dissection, mais qu'il existait des causes concomitantes, pouvant provenir d'une faiblesse de la paroi artérielle, de facteurs environnementaux tels un traumatisme mineur ou une affection préalable, ou de la présence d'un certain nombre de facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle ou les migraines. Pour le Dr J. _____, la relation de causalité naturelle devait en principe être retenue selon le degré de vraisemblance prépondérante, mais de façon limitée dans le temps, si bien que la date du *statu quo sine* pouvait être estimée à environ six mois.

Par décision du 5 novembre 2019, confirmée sur opposition le 30 mars 2020, X. _____ SA a mis fin à la prise en charge du cas au 31 juillet 2019, au motif que les soins donnés dès le 1^{er} août 2019

n'étaient plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'événement survenu le 2 février 2019, le *statu quo sine* étant atteint au 31 juillet 2019.

A la suite du recours de l'assurée contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, X._____ SA a annulé sa décision et admis de reprendre l'instruction du cas, ce qui a conduit à la radiation de la cause du rôle (cause AA 37/20 - 165/2020 du 19 octobre 2020).

Le 13 avril 2021, X._____ SA a convoqué l'assurée pour une expertise chez le Dr F._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 29 avril 2021, le Dr F._____ a, comme le Dr J._____, estimé qu'au vu du caractère objectivement mineur des traumatismes, il se justifiait de limiter dans le temps la relation de causalité naturelle entre les troubles et l'événement accidentel. Compte tenu toutefois du fait que les traitements neurologiques dispensés à l'assurée n'avaient cessé qu'au mois de juin 2020, il a proposé d'admettre une relation de causalité probable entre l'évènement accidentel et les troubles, ainsi que leur prise en charge, jusqu'à la date de la dernière consultation effectuée dans le Service de neurologie du [...], à savoir le 9 juin 2020.

Par décision du 27 mai 2021, X._____ SA a mis fin à la prise en charge du cas au 9 juin 2020, en se fondant sur le rapport du Dr F._____, qui retenait la date de la dernière consultation de l'assurée au Service de neurologie du [...] en date du 9 juin 2020 pour établir la fin du lien de causalité entre les troubles et l'événement du 2 février 2019.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 8 juin 2021 et a motivé cette opposition le 28 juillet 2021, en faisant valoir notamment qu'elle n'avait pas recouvré son état de santé d'avant l'accident du 2 février 2019 et qu'en raison des troubles dont elle souffrait encore à ce jour, elle ne pouvait pas travailler à plus de 60 %.

Par décision sur opposition du 18 octobre 2021, X._____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et maintenu sa décision du 27 mai 2021.

B. Par acte déposé le 17 novembre 2021, H._____, alors non assistée, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'annulation de la décision attaquée, à la poursuite de la prise en charge des prestations par l'intimée, ainsi qu'à l'octroi en sa faveur d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. En substance, elle a fait valoir que son contrat de travail couvrait les accidents professionnels et non professionnels et que les troubles qui subsistaient encore à ce jour étaient bien en relation de causalité avec l'accident survenu le 2 février 2019, les conséquences physiques et mentales devant être considérées comme des atteintes importantes et durables pour toute la vie.

Dans sa réponse du 11 février 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours et a maintenu les arguments développés dans sa décision sur opposition, en confirmant en particulier que les troubles subjectifs mentionnés par l'assurée au-delà du 9 juin 2020 n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident de ski et que, partant, aucune prestation d'assurance LAA n'était due au-delà de la date précitée.

Par réplique du 16 avril 2022, la recourante a maintenu sa position et produit des nouvelles pièces, à savoir : un rapport d'angio-CT cérébrale du 4 mars 2022 ainsi qu'un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale du 5 mars 2022, tous deux établis par le Service de radiologie de [...], destinés à prouver que les troubles pour lesquels elle avait reçu des traitements à compter du 10 juin 2020 étaient bien en lien de causalité avec l'évènement survenu le 2 février 2019. La recourante a en outre requis l'audition en qualité de témoins du Dr W._____, spécialiste en neurologie, et de la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale.

Par duplicque du 20 mai 2022, l'intimée a sollicité que le Dr F._____ soit ré-interpellé sur plusieurs aspects mis en évidence par les deux rapports produits par la recourante avec sa réplique.

C. Le 13 octobre 2022, la juge instructrice a fait savoir aux parties qu'elle entendait donner suite à la réquisition de l'intimée et ré-interpeller le Dr F._____. A cet égard, la recourante a relevé le 25 octobre 2022 ne pas être opposée à cette démarche, en observant qu'il y avait un risque que les réponses de ce médecin manquent d'impartialité. Elle a dès lors sollicité que le questionnaire soit également soumis au Dr W._____.

Le Dr F._____ a été invité à répondre à des questions complémentaires par avis du 27 octobre 2022. Il a toutefois fait savoir le 21 novembre 2022 qu'il avait cessé son activité de cabinet, et qu'il estimait préférable que l'assurée soit examinée par un autre expert, dans la mesure où il était peu vraisemblable qu'il modifie ses conclusions.

Dans de nouvelles déterminations du 9 décembre 2022, l'intimée a estimé que le dossier était en état d'être jugé sans nouvelles investigations, soulignant qu'il n'y avait pas de nouvel élément remettant en cause le *statu quo sine*.

Le 9 janvier 2023, la recourante a maintenu qu'elle n'avait pas pu augmenter son taux d'activité au-delà de 60 %, malgré les mesures mises en place, estimant dès lors qu'au vu de la réduction persistante de sa qualité de vie, le *statu quo sine* n'avait pas été atteint en juin 2020.

D. Le 13 février 2023, la juge instructrice a fait savoir aux parties qu'un complément d'instruction sous forme d'une expertise judiciaire était nécessaire et qu'elle entendait désigner à cet effet le Prof. S._____, spécialiste en neurologie. L'expertise a été mise en œuvre le 15 mars 2023. Dans l'intervalle, le dossier AI (assurance-invalidité) de la recourante a été produit le 9 mars 2023.

La recourante a été convoquée par l'expert S._____ le 19 mai 2023, ainsi qu'à un bilan neuropsychologique le 22 juin 2023. Dans son rapport du 18 juillet 2023, l'expert judiciaire a posé le diagnostic de séquelles neurologiques, sous la forme de troubles cognitifs à prédominance attentionnelle et mnésique et incoordination gauche sur double infarctus cérébral temporal droit interne dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure sur dissection traumatique de l'artère vertébrale ipsilatérale en V2 début 2019. Quant à l'étiologie de l'affection en cause, l'expert a indiqué « Mécanisme post-traumatique sur chutes à ski répétées entre fin janvier, début février 2019 ». L'expert a tenu pour hautement probable la relation de causalité entre les chutes à ski et la dissection vertébrale droite, elle-même responsable de l'infarctus en deux temps du territoire de l'artère cérébrale postérieure ipsilatérale. Pour lui, les *statu quo ante*, respectivement *statu quo sine* n'avaient pas été atteints, et ne le seraient jamais.

Désormais représentée par Me Franck-Olivier Karlen, la recourante s'est déterminée le 29 septembre 2023, en confirmant sa conclusion tendant à l'annulation de la décision attaquée et concluant par ailleurs au renvoi de la cause pour complément d'instruction à l'intimée. Elle a en substance fait valoir, sur la base de l'expertise du Prof. S._____, qu'elle était en droit de bénéficier de la couverture de ses frais de guérison, respectivement d'indemnités journalières, et par la suite d'une rente-invalidité LAA, au-delà du 9 juin 2020, ainsi que de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 4 octobre 2023, l'intimée a requis un complément d'instruction, qui a été mis en œuvre le 7 novembre 2023. L'expert S._____ y a donné suite le 1^{er} décembre 2023, en notant, sur la question de l'effet de la dyslipidémie sur la fragilité de l'artère lésée, que la dyslipidémie telle qu'elle figurait dans certains rapports était basée sur une valeur unique relevée au niveau sanguin lors de la première hospitalisation de l'intéressée et ne jouait ici aucun rôle. Sur la question des facteurs de risque prédisposants et la détermination du *statu quo sine*, l'expert a souligné que dans le cas présent tout indiquait que seule la

chute et le traumatisme spécifiquement dans le territoire artériel sensible à ce type de traumatisme au niveau du segment de l'artère vertébrale considérée étaient à incriminer, dans la mesure où aucune pathologie artérielle sous-jacente connue pour favoriser les dissections artérielles n'avait été mise en évidence chez l'assurée, ni dans le cadre des examens réalisés au [...], ni par les Drs J._____ et F._____.

Le 15 janvier 2024, l'intimée a finalement indiqué admettre les conclusions de la recourante, en ce sens que la décision sur opposition est annulée et que la cause lui est retournée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle s'est notamment déterminée sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenue dans l'expertise judiciaire, et a relevé que le taux de capacité de travail de 50 % devrait être revu d'ici 2 à 3 ans et n'était donc pas définitif au jour de l'expertise.

Par écriture du même jour, la recourante a également conclu à l'admission du recours et au renvoi de la cause à l'intimée. Elle a en particulier demandé à pouvoir bénéficier de l'ensemble des prestations LAA, soit en particulier la couverture de ses frais de guérison au-delà du 9 juin 2020, respectivement l'octroi d'indemnités journalières et par la suite d'une rente d'invalidité accident, ainsi que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 19 janvier 2024, la recourante a à nouveau confirmé ses conclusions et requis l'allocation de dépens.

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).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au 9 juin 2020 au versement de ses prestations des suites de l'événement traumatique de février 2019, singulièrement sur la question de la fin de la prise en charge par l'intimée du droit aux soins médicaux et au paiement de l'indemnité journalière.

En l'état et faute de décision de l'intimée sur ce point, la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et de son étendue ne fait pas l'objet du litige, pas plus que celle du droit à la rente et donc de la stabilisation de l'état de santé de la recourante. Ces points n'ont dès lors pas à être examinés à ce stade, sans qu'il n'y ait lieu d'étendre la procédure juridictionnelle à ces questions, qui excèdent l'objet de la contestation.

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 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 précité consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de

ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 précité et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3 et les références).

4. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit

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

5. a) En l'espèce, la recourante a été victime de chutes à ski en janvier et février 2019.

A la suite de ces chutes, elle a présenté une dissection de l'artère vertébrale droite, qui a été responsable d'un infarctus en deux temps du territoire de l'artère cérébrale postérieure ipsilatérale.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'intimée a mis en œuvre deux expertises. La première a été confiée au Dr J._____. Sur cette base, l'intimée a initialement mis un terme à ses prestations au 31 juillet 2019, avant de revenir sur sa position, à la suite du premier recours de la recourante, et de reprendre l'instruction du cas. L'intimée a alors confié la réalisation d'une nouvelle expertise au Dr F._____, qui l'a conduite à rendre la décision attaquée, mettant un terme à ses prestations au 9 juin 2020.

b) Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, la recourante a produit de nouveaux éléments, à savoir un rapport d'angio-CT cérébral du 4 mars 2022, ainsi qu'un rapport d'IRM cérébrale du 5 mars

2022. De l'aveu de l'intimée, ces éléments devaient être soumis à l'expert F._____. Dès lors toutefois que ce dernier avait cessé sa pratique en cabinet et suggérait lui-même la mise en œuvre d'un nouvel expert, une expertise judiciaire a été confiée au Prof. S._____.

Dans son rapport d'expertise, le Prof. S._____ a estimé que la chronologie des troubles ainsi que l'anamnèse de la patiente concernant les deux AVC ischémiques et la découverte d'une dissection de l'artère vertébrale droite dans les jours suivant les chutes à ski ainsi que l'absence d'autres mécanismes traumatiques, confirmaient une relation de causalité naturelle hautement probable avec les traumatismes liés à ces chutes, en ce qui concernait la dissection vertébrale droite, elle-même responsable de l'infarctus en deux temps du territoire de l'artère cérébrale postérieure ipsilatérale. Il a relevé que les dissections vertébrales après ce genre de traumatisme étaient tout à fait classiques, cela étant dû notamment à l'anatomie de cette artère impliquant une sensibilité particulière lors des mouvements de flexion-extension ou de rotation, comme cela avait été le cas en l'occurrence. Il notait en particulier que le *statu quo ante* et le *statu quo sine* n'avaient jamais été atteints et ne le seraient jamais, dans la mesure où il existait une lésion cérébrale permanente, à savoir une destruction focale du parenchyme cérébral dans la région temporale droite, sur l'infarctus dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure dû à la dissection de l'artère vertébrale. Les séquelles d'infarctus cérébral se manifestaient par la persistance d'un hémisyndrome gauche modéré caractérisé essentiellement par une incoordination et un tableau cognitif attentionnel-dysexécutif avec syndrome de fatigue d'origine cérébrale.

Il a en outre précisé qu'aucun facteur étranger à l'accident ayant pu jouer un rôle dans la survenance des troubles dont souffrait la courante n'avait pu être mis en évidence sur le plan de son histoire médicale ainsi que des examens complémentaires pratiqués. En particulier, l'étude des trajets artériels par angio-IRM n'avait montré aucune irrégularité des parois pouvant suggérer une pathologie du tissu élastique ou du collagène ou d'une autre pathologie sous-jacente de ce type.

L'expert judiciaire a relevé par ailleurs que, bien qu'aucun nouveau trouble particulier ne soit intervenu à compter du mois d'avril 2020, il s'agissait néanmoins de l'époque où les séquelles de type neurologique de l'assurée, à savoir notamment une fatigue d'origine cérébrale et des troubles attentionnels et des fonctions exécutives, avaient pu être le mieux constatées. De l'avis de l'expert, ces troubles étaient en relation de causalité naturelle certaine avec les infarctus cérébraux survenus en février 2019, ces syndromes étant tout à fait classiques après un infarctus hémisphérique, en particulier dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure.

Enfin, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'expert a retenu un taux de 50 % au maximum s'agissant de l'activité d'assistante socio-éducative exercée lors de la survenance de l'accident. Il a noté à cet égard qu'en raison de la présence d'enfants, cette activité nécessitait une très grande attention et un fonctionnement attentionnel-exécutif optimal, dont la recourante ne disposait plus en raison des séquelles de ses lésions, soit en particulier un syndrome de fatigue d'origine cérébrale associé à des troubles attentionnels dysexécutifs qui, dans la grande majorité des cas, persistaient indéfiniment malgré les traitements entrepris et une certaine possibilité d'adaptation. L'expert a encore noté que dans le cadre d'une activité plus systématique et routinière, une activité au taux de 60 % pourrait être envisagée dans un premier temps, puis ensuite augmentée à 70 % en fonction des résultats obtenus durant les premiers mois.

c) Le rapport d'expertise du Prof. S._____, complété par un examen et un rapport neuropsychologique, est pleinement probant. Il se fonde en effet sur l'ensemble du dossier de la recourante, au demeurant complété par son dossier AI ainsi que sur un examen clinique détaillé. Le Prof. S._____ a en particulier tenu compte des appréciations des Drs J._____ et F._____ dans le cadre de son appréciation claire, fouillée et pleinement convaincante de la situation de la recourante. On ne discerne aucun élément permettant de s'en écarter. L'intimée n'en disconvient du

reste pas et admet même les conclusions de la recourante (cf. écriture de l'intimée du 15 janvier 2024). Le rapport d'expertise a de surcroît fait l'objet d'un complément, à la requête de l'intimée, qui se révèle également pleinement probant.

d) Il y a dès lors lieu de retenir que l'état de santé de la recourante est en relation de causalité avec les chutes à ski du début d'année 2019, lesquelles ont causé la dissection vertébrale droite, elle-même responsable de l'infarctus en deux temps du territoire de l'artère cérébrale postérieure ipsilatérale. Les *statu quo sine*, respectivement *ante*, ne seront jamais atteints, de l'avis, probant, de l'expert judiciaire. Ils ne l'étaient dès lors pas au 9 juin 2020. Il suit de là que l'intimée n'était pas fondée à mettre un terme à cette date à ses prestations d'assurance.

La décision attaquée doit dès lors être annulée, ce qui conduit à la reprise du versement des prestations par l'intimée, au-delà du 9 juin 2020.

6. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à l'audition des Drs W._____ et V._____.

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée annulée.

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

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à une indemnité de dépens, qu'il convient de fixer à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA) et de mettre à la charge de l'intimée.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 18 octobre 2021 par X._____ SA est annulée.

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

- IV.** X._____ SA versera à H._____ une indemnité de dépens fixée à 3'000 (trois mille) francs.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Franck-Olivier Karlen, pour H. _____
- X. _____ SA
- 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).

Le greffier :