

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mai 2024

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat  
à Lausanne,

et

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 52 al. 2 et 56 al. 2 LPGA ; 25 LPA-VD.**

**E n f a i t :**

**A. a)** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], a été victime le 12 juin 2005 d'un accident non professionnel : voulant traverser la route [...] à [...], elle a été heurtée par un automobiliste pris de boisson et projetée à quelque treize mètres. L'assurée travaillait alors en qualité de conseillère [...] à mi-temps. Elle a d'abord été transportée à l'Hôpital de J.\_\_\_\_\_ puis en raison de douleurs aiguës à la palpation dorso-lombaire et de trois épisodes de perte de connaissance, selon rapport initial LAA complété le 14 juin 2005, elle a été transférée au service d'orthopédie/traumatologie du Centre F.\_\_\_\_\_ (ci-après : le F.\_\_\_\_\_) où elle a séjourné du 12 au 24 juin 2005. Le premier rapport médical faisait état des diagnostics suivants : fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4, fracture de la tête du péroné à droite non déplacée, contusion occipitale, contusion et hématome de la fesse droite.

**b)** De nombreux rapports médicaux, ainsi que plusieurs expertises ont été rédigés concernant l'assurée (il est renvoyé, à cet égard, à l'arrêt du 31 janvier 2017 de la CASSO [AA 55/14 - 18/2017], consid. A).

En dernier lieu, une expertise a été diligentée par l'assureur-accidents et confiée au X.\_\_\_\_\_ (ci-après : X.\_\_\_\_\_), à [...]; elle a été exécutée par la Dresse B.\_\_\_\_\_, rhumatologue et interniste FMH, la Dresse D.\_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue FSP, le Dr W.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH et le Dr Q.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, qui ont déposé leur rapport le 25 mars 2013. Il en ressort les éléments pertinents pour l'examen du présent litige suivants (pour le surplus, il est renvoyé à l'arrêt CASSO du 31 janvier 2017 précité, consid. A, p. 20 ss) :

« 4.2 Diagnostic

[...]

Qu'en est-il actuellement ?

Mme relate la persistance d'un état douloureux à haute intensité, rebelle, permanent, affectant son rachis, principalement la région lombaire avec des irradiations dans les membres inférieurs, des sensations de brûlures des membres, la sensation d'avoir les mains enflées, ce qui l'empêche de porter ses bagues.

Comme l'évoque sa psychiatre, le traitement de Cipralex® lui est bénéfique. Elle prend au besoin un antalgique ou un anti-inflammatoire mais ne souhaite pas s'accoutumer à ces substances. Elle n'a pas poursuivi longtemps un traitement antalgique de 3ème palier, l'oxycodone qui l'endormait trop.

Elle pratique quand elle le peut l'aquagym, le Nordic walking.

Elle voit ses douleurs s'aggraver lors de l'exposition au bruit, au stress et lors de position statique prolongée du tronc.

L'anamnèse systématique ne révèle pas d'autre problème. Ses antécédents gynécologiques ne donnent pas lieu à des plaintes résiduelles. Mme porte un stérilet qu'elle tolère et ne formule aucune doléance de la sphère uro-génitale. Elle a signalé un phénomène particulier lors de l'orgasme, avec blocage musculaire de ses jambes qui dure une dizaine de minutes. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a pas d'argument pour suspecter un problème neurologique sous-jacent.

Les troubles visuels et les sensations vertigineuses n'ont pas été mis en relation avec un dommage permanent par les spécialistes qu'elle a consultés. Le Dr [...] attestait d'une évolution favorable en janvier 2006.

Mme signale une évolution progressive des troubles douloureux depuis l'accident aussi bien dans leur extension géographique anatomique que dans leur intensité. Ils s'associent à des troubles digestifs fonctionnels et à des troubles divers extra-articulaires.

Nous n'avons pas d'argument pour retenir que ces troubles subjectifs progressifs soient en relation avec l'accident. Dans les actes du dossier, nous n'avons pas d'élément permettant de suspecter que l'accident ait donné lieu à une lésion d'un organe interne, ce qui nous est confirmé par son gynécologue.

Les fractures des apophyses transverses et du péroné ont guéri. Il s'agit de fractures ayant un bon pronostic. Les apophyses transverses ne donnent pas lieu à une modification de la statique rachidienne. La fracture isolée du péroné ne provoque pas de lésion à risque déformatif pour le genou lui-même.

En revanche, un élément objectif nous paraît significatif mais il n'est pas mentionné comme tel dans les actes du dossier.

Mme a pris 26 kg depuis l'accident. Même s'il existe une prédisposition à l'embonpoint puisqu'elle a pris une vingtaine de kg à sa dernière grossesse, Mme P. \_\_\_\_\_ a pu gérer ce problème puisqu'elle a perdu 27 kg après sa grossesse. Elle pesait 56 kg au

moment de l'accident à ses dires et 70 kg lors de l'expertise de 2009. Avant l'accident, elle contrôlait sa tendance à l'obésité.

Elle pèse actuellement 82 kg pour 164 cm, ce qui la met au stade de l'obésité. Depuis l'accident, Mme a pris beaucoup de poids, ce qui est préoccupant et hautement significatif.

L'obésité est connue pour altérer la qualité de vie, une prise pondérale de plus de 9 kg peut aggraver des douleurs. Elle peut aggraver des dorso-lombalgies.

Mme P. \_\_\_\_\_ était active sportivement avant l'accident. On peut raisonnablement admettre que sans l'accident, elle n'aurait pas pris autant de poids, même si le fait de s'occuper seule en semaine de ses enfants en bas âge lui laissait moins de temps pour ses loisirs sportifs. L'accident a nécessité qu'elle se mette au repos durant les 6 premiers mois des suites de ses fractures. Cela a de toute évidence engendré un déconditionnement important et modifié son métabolisme.

Par la suite, les douleurs ont eu raison de ses activités sportives antérieures. Son médecin traitant, endocrinologue, n'a pas identifié de trouble hormonal expliquant cette prise de poids.

Elle pratique à nouveau l'aquagym et le Nordic walking mais cela est insuffisant à maîtriser sa prise pondérale.

Il s'est installé un cercle vicieux. La sédentarité relative, la prise de poids s'associent à un état de déconditionnement objectif. Mme manque de musculature axiale. La Dresse N. \_\_\_\_\_ avait déjà identifié cela et la L. \_\_\_\_\_ a contribué à prendre en charge un programme de reconditionnement musculaire.

L'obésité et le déconditionnement sont connus pour avoir un impact négatif sur le seuil à la douleur.

Depuis l'accident, son poids a connu une progression constante qu'elle n'a pu infléchir en raison des douleurs, de ses difficultés d'ordre neuropsychologiques provoquant un stress et des difficultés à coordonner son activité professionnelle et son activité de mère de famille avec des enfants en bas âge.

L'état douloureux chronique qui en découle, en absence de substrat anatomique lésionnel, nous apparaît significativement et négativement influencé par le déconditionnement et l'obésité.

Mme devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécialisée de son obésité récente, avec un suivi par une diététicienne, et l'enseignement d'une pratique sportive de reconditionnement progressif (3h30/semaine au moins). Afin d'assurer que cela ait un effet de longue durée, et s'associe à une modification durable de ses habitudes, il faut envisager cette prise en charge sur deux ans au moins.

Mme peut en se reconditionnant effectuer d'elle-même du sport dans un centre de fitness par exemple. Vu que les traitements

aquatiques lui conviennent, cette prise en charge au plan d'un encadrement physiothérapeutique initial pourrait s'effectuer en centre thermal, par ex. à Lavey-les-Bains.

Afin que ces mesures ne soient pas additionnelles au surmenage quotidien, il est suggéré d'admettre une diminution de la CT [capacité de travail] de 10% pour que Mme puisse donner toute sa participation dans ce programme pour deux ans.

Si l'on parvient à sortir Mme de son obésité, cela ne garantira pas l'indolence par la suite, mais permettra d'éviter l'ascension de complications liées à l'obésité tel qu'un syndrome métabolique, l'aggravation des surcharges tendino-musculaires rachidiennes, l'aggravation des lésions dégénératives débutantes constituées au niveau des genoux et limitera le risque de gonarthrose.

Il est probable que cela aidera l'expertisée qui a fait preuve de résilience, à moduler son seuil à la douleur actuellement perturbé dans le sens où nous avons des allodynies insertionnelles et cellulitiques donnant lieu à reconnaître les critères d'un syndrome fibromyalgique ou d'adiposité douloureuse de Dercum. Ces critères sont associés à des signaux plus diffus et étendus qui font identifier un trouble douloureux chronique (R 52.1).

L'expert orthopédiste, l'experte rhumatologue, rejoignent l'appréciation de la Dresse N.\_\_\_\_\_.

Dès 6 mois après l'accident, il n'y avait plus d'incapacité médicale de travail des suites de l'accident au niveau de l'appareil locomoteur et au plan neurologique. On a perdu progressivement la concordance entre les plaintes résiduelles et l'observation clinique et radiologique. Il n'y a pas de dommage permanent de l'appareil locomoteur des suites de l'accident ni d'incapacité de travail durable.

Dans l'idée thérapeutique de traiter l'obésité nous admettons à compter de l'expertise, pour deux ans, une diminution de la CT de 10% pour permettre le traitement actif de l'obésité avec le reconditionnement musculaire et la pratique sportive.

Au plan neuropsychologique

Madame a été victime le 12.6.2005 d'un AVP [accident de la voie publique] alors qu'elle traversait la route de nuit sous la protection d'un patrouilleur. Elle a été renversée par un automobiliste sur le passage piéton. Conduite en urgence à l'Hôpital de J.\_\_\_\_\_, elle est transférée en urgence au F.\_\_\_\_\_. Pour ce qui concerne l'aspect neuropsychologique, l'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 1.9.2005 ne montre aucune anomalie significative au niveau cervical. Deux examens neuropsychologiques sont pratiqués, le premier en date du 7.2.2006 au F.\_\_\_\_\_, le second en date du 8.10.2007 au cabinet médical du Dr [...], neurologue, effectué par les neuropsychologues [...] et R.\_\_\_\_\_.

Lors du premier examen, on constate des troubles de la mémoire antérograde visuo-spatiale qui ont disparu lors du second. Des troubles de l'attention ne sont observés que lors du second examen, en 2007, associés à des troubles dysexécutifs que l'on peut qualifier de légers aux tests concernés.

Dans les échanges et la compréhension des consignes, Madame est rapide et vive.

Les résultats sont dans les normes pour le langage oral spontané, la dénomination sans contrainte temporelle, la compréhension, le calcul, les practo-gnosies, la mémoire immédiate, l'apprentissage mnésique et son évocation différée en modalité verbale et en modalité visuo-spatiale. Le raisonnement évalué sur un matériel visuo-spatial est rapide et de bonne qualité. La plupart des tests sensibles aux dysfonctions exécutives est bien réussie, en particulier le sorting test nécessitant flexibilité et déduction qui est excellent.

Les difficultés actuelles concernent quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives fluctuant au cours du temps, en effet :

- On relève lors de tests effectués sous contrainte temporelle un ralentissement léger (déno continue non ralenti en 2006) et le Trail Making B (non effectué en 2006, mais « significativement » ralenti en 2007). Le Stroop est sévèrement ralenti (il n'était que modérément ralenti en 2006).

- A des tests de temps de réaction mesurant l'attention divisée on relève un ralentissement léger (stimuli auditifs) à sévère (stimuli visuels), mais sans erreur, les temps de réaction étant suffisamment réguliers ; or on ne constatait pas de ralentissement à cette épreuve en 2007 mais 4 erreurs ; les résultats de 2007 et d'aujourd'hui sont donc globalement comparables. On constate aujourd'hui une lenteur aux temps de réaction simples pour l'alerte phasique sans avertisseur alors qu'il n'y avait pas de ralentissement en 2006 à ce même test.

Les fluctuations des troubles dans ces domaines ne s'expliquent pas des suites de l'accident. Nous en avons débattu avec l'expert neurologue.

En conclusion,

L'ensemble des données et les comparaisons entre les testings de 2006, 2007 et d'aujourd'hui témoignent de la fluctuation des résultats aux épreuves attentionnelles et sous contrainte temporelle avec une tendance à l'aggravation depuis 2006 et 2007 (déno continue, Stroop, alerte phasique). Mais il n'y a plus d'évidence de trouble mnésique en modalité visuo-spatiale ni de trouble langagier, tel que nous en avons discuté avec l'expert neurologue.

Nous n'avons pas d'argument pour retenir des séquelles post-traumatiques évidentes.

Les plaintes de Madame concernent globalement un sentiment de surcharge dans la vie quotidienne et au plan neuropsychologique des difficultés attentionnelles, une fatigabilité, un ralentissement de la pensée et du raisonnement. Les difficultés qualifiées de troubles de la mémoire traduisent -au plan neuropsychologique - une attention fragile à insuffisante. Enfin, Madame dit qu'elle se sent une personne différente, elle souffre de migraines et de céphalées, supporte moins bien le bruit et la foule, est irritable, a du mal à s'organiser et parfois à trouver ses mots.

Les plaintes sont documentées, décrites comme significativement invalidantes à la fois à l'entretien clinique et au questionnaire de Rivermead.

Néanmoins, les résultats de l'examen sont globalement dans les normes excepté les tests chronométrés cités ci-dessus dont certains se sont légèrement aggravés depuis 2006 et 2007.

Compte tenu de ces données, de l'anamnèse neurologique et du délai écoulé depuis l'accident, les plaintes (excepté migraines et céphalées) apparaissent faiblement consistantes avec les résultats aux tests. Elles ne sont pas compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale.

Néanmoins au plan fonctionnel, les troubles attentionnels représentent encore actuellement un léger handicap subjectif dans la vie quotidienne et professionnelle.

Comme nous en avons discuté en synthèse avec la Dresse B. \_\_\_\_\_ ceci peut s'intégrer dans l'incapacité de travail de 10% reconnue pour deux ans afin de permettre à Mme de mettre sur pied un programme de reconditionnement global.

Au plan neurologique

On peut donc retenir sur le plan neurologique un TCC [traumatisme crânio-cérébral] simple avec plaie occipitale, tout au plus un TCC léger avec contusion de la région occipitale. Le TCC peut être considéré comme léger puisqu'il n'y a pas eu d'amnésie significative. Le mécanisme traumatique comprend une chute avec réception en région occipitale, après un premier choc au niveau du tronc. Il est différent de celui d'un whiplash (avec accélération-décélération). Le Dr [...], psychiatre traitant au F. \_\_\_\_\_ en phase post-traumatique relève qu'elle se rappelait de chaque instant de l'accident suggérant même l'absence de perte de connaissance.

La notion de perte de connaissance à deux reprises dans les suites immédiates de l'accident fait évoquer un phénomène syncopal probablement d'origine vagale en relation directe avec la douleur due à l'accident, l'assurée gardant un souvenir très clair du déroulement de ce dernier. Durant le transport elle a reçu vraisemblablement un traitement antalgique qui a pu interférer quelque peu avec l'état de conscience mais sa perte de connaissance documentée.

Nous n'avons pas pu obtenir le document initial pour savoir quelle substance elle a reçu.

L'anamnèse fait d'ailleurs ressortir plusieurs malaises avec brèves perte de connaissance très suggestifs d'une origine vaso-vagale ; un de ces malaises est d'ailleurs survenu chez une dermatologue lors d'une petite intervention ; il y a eu les prodromes habituels suivies de brèves convulsions objectivées par le médecin sans état post-critique faisant donc évoquer une syncope convulsivante. Le sujet avait été admis en urgence à l'hôpital de J. \_\_\_\_\_ où l'on n'a pas retenu, à juste titre, le diagnostic d'épilepsie. L'IRM cérébrale pratiquée à distance s'est d'ailleurs révélée normale.

Pour ce qu'il en est de l'aspect cognitif, on peut dire que les plaintes initiales étaient celles que l'on retrouve assez classiquement dans un syndrome post-traumatique ou post-commotionnel. Les anomalies retrouvées lors des divers bilans neuropsychologiques étaient minimales et démontraient initialement des troubles mnésiques antérogrades en modalité visuo-spatiale et un ralentissement modéré à une épreuve langagière.

Lors de l'examen neuropsychologique du 28.09 et du 05.10.2007, Madame R. \_\_\_\_\_, neuropsychologue retenait que la symptomatologie pouvait se modifier dans les situations de stress.

La situation a bien évolué puisque lors du dernier bilan pratiqué par notre experte neuropsychologue, ni les troubles mnésiques en modalité visuo-spatiale ni les troubles langagiers ne sont retrouvés ; on constate uniquement des difficultés légères à modérées dans quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives, en signalant que les résultats fluctuent au cours du temps. Ils sont donc peu consistants. Ces résultats objectifs contrastent avec des plaintes subjectives plus dramatiques faisant état de troubles de la mémoire invalidants avec oublis et difficultés de reconnaissances des visages familiers et difficultés d'organisation. Ceci signifie qu'il y a d'autres facteurs, non organiques à l'origine des troubles, comme nous en avons discuté lors de la synthèse entre les experts. Au F. \_\_\_\_\_ on a déjà identifié ces « yellow flags ».

En ayant confronté les plaintes de cette sphère avec les plaintes douloureuses, nous constatons que nous avons perdu au cours du temps les éléments de concordance entre les éléments subjectifs et les éléments objectifs.

Nous avons relevé progressivement une extension du trouble douloureux entre les premiers rapports médicaux et les plaintes actuelles. Initialement on notait des douleurs dorso-lombaires sans composante céphalique. Dans un 2ème temps sont apparues des douleurs cervicales avec des vertiges lors de la mobilisation cervicale.

Les douleurs ne correspondent pas à des douleurs neurogènes mais plutôt à des douleurs d'origine musculo-ligamentaire, l'examen

neurologique s'étant révélé normal. Il a été confronté aux examens de l'appareil locomoteur avec les experts orthopédistes et rhumatologue qui n'ont pas trouvé de dommage permanent des suites de l'accident mais un seuil à la douleur perturbé, des allodynies, un lipoedème douloureux, dans le contexte d'une obésité, de dysbalances musculaires, d'atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur compatibles avec l'âge.

L'aggravation des plaintes subjectives de la sphère neuropsychologique se révèle sans substrat évident, les troubles attentionnels résiduels, la fluctuation des résultats pouvant être aggravés par la surcharge quotidienne que nous relate l'expertisée.

Enfin, sur le plan neurologique, on peut relever des céphalées qui sont de deux types : les unes sont localisées au niveau occipital et au vertex, elles sont d'intensité modérée, constrictives et épisodiques ; elles correspondent à des céphalées de tension avec possible composante cervicogène. Les autres surviennent en relation avec les menstruations et ont les caractéristiques de véritables migraines sans aura ; ces dernières sont bien contrôlées par des AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien]. Elles ne revêtent pas un critère invalidant. Le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son expertise de novembre 2007 les avait intégrées dans le contexte douloureux global. Il n'avait pas retenu de dommage permanent lié spécifiquement aux céphalées, ce que je confirme.

Au total je ne retiens aucune souffrance neurologique en relation avec l'accident du mois de juin 2005. Pour ce qu'il en est du TCC, il n'y a aucun critère clinique ni radiologique de gravité suffisant pour suspecter une atteinte cérébrale significative (pas d'amnésie pré ou post-traumatique et pas d'amnésie de l'accident lui-même, pas d'atteinte neurologique et aucune lésion radiologique sur IRM cervicale et cérébrale). L'évolution des examens neuropsychologiques va dans ce sens.

Nos confrères ont retenu en 2007 une diminution de rendement de 25% au plan professionnel et un dommage permanent donnant lieu à une perte d'intégrité de l'ordre de 20%.

A la lecture des documents, nous comprenons qu'ils ont intégré les plaintes subjectives en priorité, et qu'ils ont aussi intégré le tableau douloureux. Il est en effet indissociable chez cette patiente. Mais ils n'ont pas tenu compte de l'aggravation des troubles au fil du temps, qu'ils ne discutent pas, par rapport au bilan du Prof. S. \_\_\_\_\_. Ils ne tiennent pas compte de l'absence de perte de connaissance documentée initiale. Ils ne tiennent pas compte de l'absence d'élément objectif reproductible au fil du temps.

Nous devons intégrer la souffrance résiduelle dans sa globalité, mais il nous apparaît qu'il manque les éléments objectifs pour reconnaître un dommage structurel permanent.

Sur le plan des douleurs nous retenons que Mme n'est pas sous médication constante mais elle prend ses médicaments au besoin.

Elle a pu se réorienter professionnellement dans un secteur nouveau pour elle et a réussi dans ce domaine, tout en ayant gardé ses capacités à gérer sa responsabilité de mère de famille. Elle connaît des hauts et des bas avec sa clientèle qui nous apparaissent liés à la conjoncture, au fait qu'une collègue est installée non loin et lui fait concurrence. Elle a du reste décidé de s'associer avec elle pour le futur.

Nous estimons pour notre compte que l'atteinte est à considérer comme minime selon la Table 8 de la Suva. Les différences de l'examen neuropsychologiques avec amélioration de certains scores et aggravation d'autres éléments dans le domaine attentionnel avec une fluctuation de certains résultats ne sont pas concordants avec une atteinte cérébrale organique découlant des suites d'une lésion cérébrale installée, fixe.

Une atteinte minime ne donne pas lieu au seuil d'une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité].

Nous admettons en discussion avec les experts qui ont exploré l'appareil locomoteur et identifié une fibromyalgie dans le contexte de l'obésité qu'il faudrait donner à Mme P.\_\_\_\_\_ les chances de récupérer un meilleur indice de poids corporel et un meilleur conditionnement musculaire global.

Comme elle était sportive dans le passé, et qu'elle a démontré une certaine résilience dans sa réorganisation professionnelle, nous pensons qu'elle donnera toute sa collaboration dans ce sens.

Dès lors il nous paraît justifié d'admettre pour deux ans une incapacité de travail partielle de 10% pour lui permettre cette prise en charge, sans que cela ne constitue une surcharge dans ses semaines bien chargées entre ses enfants et son Institut. »

**c)** Le 17 juin 2013, L.\_\_\_\_\_ a écrit à l'assurée que selon les experts, celle-ci avait retrouvé sa pleine capacité de travail dans son travail antérieur dès mars 2006, qu'à l'exception de la prise en charge du traitement de l'obésité et des indemnités journalières de 10 % pendant deux ans, les conditions lui donnant droit à d'autres traitements médicaux n'étaient plus remplies et qu'en conséquence, elle était amenée à clore le droit de l'assurée aux prestations LAA. S'agissant du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), l'assureur écrivait que celle-ci n'était pas due mais qu'elle renonçait au remboursement du montant versé en avril 2008.

Après différents échanges de courriers, L.\_\_\_\_\_ a rendu, le 17 octobre 2013, une décision confirmant son courrier du 17 juin 2013, décision contre laquelle l'assurée a fait opposition.

Le 28 avril 2014, l'assureur-accidents a rendu une décision sur opposition, confirmant la décision du 17 octobre 2013.

**d)** Par arrêt du 31 janvier 2017 (AA 55/14 – 18/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : la Cour de céans) a rejeté le recours déposé le 28 mai 2014 par P.\_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition rendue le 28 avril 2014 par L.\_\_\_\_\_ SA et a confirmé celle-ci.

**B.** **a)** Par courrier du 23 mars 2018, l'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, a informé l'assureur-accidents qu'en raison d'une aggravation de son état de santé très vraisemblablement en lien avec l'accident du 12 juin 2005, elle se trouvait en incapacité de travail et priait donc L.\_\_\_\_\_ d'ouvrir un dossier de rechute.

Par courrier du 4 avril 2018, L.\_\_\_\_\_ lui a répondu que le formulaire, partiellement illisible, n'apportait aucun élément nouveau et l'invitait à soumettre l'arrêt du 31 janvier 2017 à son médecin traitant pour qu'il puisse rendre un avis médical éclairé sur le lien de causalité entre les troubles allégués et l'événement du 12 juin 2005.

**b)** Le 9 janvier 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a transmis à L.\_\_\_\_\_ les rapports du Dr [...] du 1<sup>er</sup> mai 2018, de la Dre [...] du 22 mai 2018 et l'avis médical du 5 décembre 2018 du Dr [...], médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 23 janvier 2019, L.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurée que ces documents n'apportaient aucune preuve d'une rechute au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

Le 31 mai 2019, l'assurée, par son conseil, a produit un rapport établi le 25 mai 2019 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et a demandé à L.\_\_\_\_\_ qu'elle lui alloue ses prestations pour la suite de la rechute annoncée le 23 mars 2018.

Il ressort de ce rapport que le Dr V.\_\_\_\_\_ retient comme diagnostics « AVP le 12.06.2005 avec : TCC léger, troubles cognitifs (exécutifs, mnésiques, attentionnels, ralentissement, manque du mot), symptomatologie post-commotionnelle (fatigue et fatigabilité accrue, hypersomnie, céphalées, phono- et photophobie, vertiges, irritabilité, troubles de la concentration, etc.), entorse cervicale, contusion crânienne occipitale, fracture des apophyses transverses D [droites] de L2, L3 et L4, fracture de la tête du péroné D, non déplacée, contusion de la fesse D, cupulolithiase G [gauche] post-traumatique ». Après un bref rappel des circonstances de l'accident, des premiers diagnostics posés lors de l'hospitalisation à J.\_\_\_\_\_ puis au F.\_\_\_\_\_, de l'existence de deux IRM pratiquées en 2005 et 2009 et du soutien psychologique mis en place juste après l'accident en 2005, le médecin décrit de manière détaillée les plaintes de sa patiente. Aux questions « existe-t-il des atteintes en lien avec l'accident du 12 juin 2005 ? et ces atteintes sont-elles objectivables ? », le Dr V.\_\_\_\_\_ répond :

« Oui, Mme P.\_\_\_\_\_ présente :

- des *troubles cognitifs* qui sont objectivables (ralentissement psychomoteur, troubles mnésiques, exécutifs, attentionnels). Je relève que ces troubles cognitifs sont présents depuis le traumatisme de 2005 ; leur occasionnelle fluctuation en intensité - interprétée lors de l'expertise de 2012 comme une incohérence - correspond à la présentation classique des déficits attentionnels et de fatigue post-TCC, typiquement responsable de ces « coup de barre » soudain en pleine activité

- une *symptomatologie post-commotionnelle* typique post-TCC. Par définition elle est subjective, mais au vu de son apparition immédiate après l'accident du 12.06.2005, de la persistance de celle-ci au cours des années sans autre facteur - notamment psychiatrique - permettant d'expliquer ces troubles, et ceci de façon constantes [sic] dans les relations sociales et les activités de la vie quotidienne (et avant aussi l'activité professionnelle) de Mme P.\_\_\_\_\_, je retiens ce diagnostic de syndrome post-commotionnel

sur la base de la présentation typique et des critères diagnostics en vigueur (DSM-IV et CIM10)

- *une atteinte cérébelleuse bilatérale* assez légère, témoignant néanmoins de lésions cérébelleuses (apparemment non visualisées sur l'IRM cérébrale effectuée, ce qui n'est pas inhabituel)

- *des rachialgies* et douleurs diverses avec, objectivement, ce jour, un syndrome cervico-dorso-lombovertébral modéré. Même si les fractures vertébrales en elles-mêmes ne permettent pas d'expliquer la persistance des douleurs il est probable - et fréquemment observé - que les troubles de concentration engendrent une tension musculaire cervicale +/- dorsale, de par les efforts fournis pour se concentrer sur quelque chose (écran, livre, interlocuteur, etc.)

- et enfin probablement de légères séquelles de *contusion médullaire*, étant donné la disparition de sensation initiale des membres inférieurs, la réception dorsale après son envol de 13 mètres, et les troubles proprioceptifs bilatéraux actuels. Il est par ailleurs possible, sinon probable que l'allodynie dorsale entre dans le cadre de cette contusion médullaire, ce qui sera toutefois difficile à objectiver. »

Le Dr V. \_\_\_\_\_ indique encore qu'en retenant uniquement les troubles cognitifs, le syndrome post-commotionnel et l'atteinte cérébelleuse comme séquelles de l'accident, la capacité de travail de l'assurée est de 50%, n'étant par ailleurs pas certain qu'elle puisse tenir ce rythme à moyen ou long terme. Par ailleurs, son rendement au travail durant ce 50% est réduit, la baisse de rendement étant estimée à au moins 25-30%. Le rendement total effectif est de 35% au mieux.

Par lettre du 18 juin 2019, L. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle devait examiner les éléments transmis.

**c)** Par acte du 12 août 2019, l'assurée, par son conseil, a déposé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal une demande de révision de l'arrêt rendu le 31 janvier 2017 (AA 55/14 - 18/2017), faisant valoir que le rapport du 25 mai 2019 du Dr V. \_\_\_\_\_ constituait un moyen de preuve nouveau.

**d)** Par courrier du 9 octobre 2019, L. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle avait conclu l'analyse du dossier et qu'elle était en mesure de lui confirmer que les documents médicaux produits ne

permettaient pas d'admettre une rechute. Dans l'attente que la requête en révision soit traitée, elle renonçait à notifier une décision à ce sujet.

Le 14 novembre 2019, l'assurée, par son conseil, a demandé à L.\_\_\_\_\_ de statuer sur la rechute et de lui notifier une décision formelle.

Par courrier du 21 novembre 2019, L.\_\_\_\_\_ a exposé à l'assurée qu'elle ne pouvait pas prétendre à une rechute pour les troubles à la santé dont le lien de causalité naturelle avait été nié, par décision entrée en force. Ce n'était que si le Tribunal cantonal annulait son jugement qu'il serait possible de réexaminer le droit à une rechute et également aux prestations rétroactives. Il était donc essentiel d'attendre l'issue de la demande de révision avant de statuer, ce comportement ne constituant pas un déni de justice.

**C.** Par acte du 7 janvier 2020, P.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé, devant la Cour de céans, un recours pour déni de justice. En substance, la recourante fait grief à l'assureur-accidents d'avoir refusé de statuer sur sa demande de rechute, cette question étant indépendante de la demande de révision. Elle a, par ailleurs, requis l'octroi de l'assistance judiciaire pour la présente procédure et la désignation de Me Duc en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 4 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. En substance, elle souligne que les troubles retenus par le Dr V.\_\_\_\_\_ ne sont pas, pour certains d'entre eux, objectivés et, pour d'autres, que le lien de causalité avec l'accident du 12 juin 2005 avait déjà été exclu, en particulier dans le cadre de l'expertise du X.\_\_\_\_\_ du 25 mars 2013. La recourante ne pouvait donc prétendre à une rechute pour des troubles dont le lien de causalité avec l'accident en cause avait déjà été nié. Aucune décision de rechute ne pouvait donc être exigée d'elle. Ce n'était que si l'arrêt du 31 janvier 2017, dont la révision avait été demandée par la recourante, était annulé qu'il serait possible de réexaminer la question de la rechute. Il était ainsi essentiel d'attendre le résultat de la demande de révision pour statuer formellement sur la

rechute annoncée en mars 2018 et l'intimée considérait qu'elle n'avait commis aucun déni de justice en ne rendant pas de décision formelle.

Dans sa réplique du 27 février 2020, la recourante rappelle qu'il y a rechute lorsque c'est la même maladie, qui en apparence mais non dans les faits, était considérée comme guérie, et qui se manifeste à nouveau. Il doit exister un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque de l'accident assuré. Elle soutient qu'il est ainsi possible d'invoquer une rechute en lien avec ses atteintes à la santé, en dépit du fait que le lien de causalité naturelle ait été préalablement nié. Elle maintient que l'intimée a commis un déni de justice en refusant de statuer et souligne que celle-ci lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité et a pris en charge un traitement contre l'obésité. En prestant, l'intimée a ainsi reconnu l'existence des atteintes à sa santé découlant de l'accident du 12 juin 2005. Selon la recourante, on ne peut exclure que les atteintes, considérées comme guéries par l'intimée, ne l'étaient en réalité pas, le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ établissant clairement que l'accident en cause avait entraîné des lésions objectivables.

Par duplique du 18 mars 2020, l'intimée, se référant à l'arrêt du 31 janvier 2017 et à l'expertise du X. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2013, a maintenu que les troubles rapportés par le Dr V. \_\_\_\_\_ n'étaient pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 12 juin 2005 et ne constituaient donc ni un cas de rechute, ni un cas de séquelle tardive.

Le 8 juin 2020, la recourante a renvoyé à ses écritures précédentes et confirmé les conclusions prises dans son mémoire du 7 janvier 2020.

### **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]). En application de l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Selon l'art. 25 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), l'autorité peut, d'office ou sur requête, suspendre la procédure pour de justes motifs, notamment lorsque la décision à prendre dépend de l'issue d'une autre procédure ou pourrait s'en trouver influencée d'une manière déterminante. Ces décisions incidentes peuvent être contestées dans le délai ordinaire de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), au motif qu'elles pourraient entraîner un retard injustifié. Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90).

**b)** En l'espèce, le recours pour déni de justice à l'encontre d'une décision de suspension de la procédure (cf. consid. 5a *infra*) a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD) et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée pouvait surseoir à statuer sur la demande de prise en charge de la rechute annoncée par la recourante le 23 mars 2018, dans l'attente du jugement de la Cour de céans relatif à la demande de révision du 12 août 2019.

**3.** À titre liminaire, il convient de relever que la demande de révision formée par la recourante le 12 août 2019 contre l'arrêt du 31 janvier 2017 (AA 55/14 - 18/2017) est rejetée, par jugement séparé de ce jour (AA 103/19 - 54/2024).

**4.** **a)** Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions

importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. En outre, l'art. 124 let. b OLAA précise que les assureurs doivent communiquer par écrit les décisions concernant la réduction ou le refus de prestations d'assurance. Ainsi, le refus total ou partiel de prestations de l'assurance-accidents doit, en principe, faire l'objet d'une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA (cf. ATF 134 V 145 consid. 3.2 ; Valérie Défago Gaudin, *in* Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Commentaire romand, Bâle 2018, n°16 *ad* art. 49).

**b)** En vertu de l'art. 56 al. 2 LPGA, mettant en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par les art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 6 § 1 de la CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), le recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Certaines décisions incidentes d'ordonnancement de la procédure – telles les décisions de suspension de procédure ou les décisions d'administrer une expertise par exemple – peuvent avoir pour effet de retarder celle-ci, de sorte que le justiciable est en droit de les contester au motif qu'elles pourraient entraîner un retard injustifié (Jean Métral, *in* Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], *op. cit.*, n. 50 *ad* art. 56 LPGA).

Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'administration diffère sa décision ou sa décision sur opposition (cf. art. 52 al. 2 LPGA) au-delà de tout délai raisonnable. De manière générale, la décision de suspension de procédure relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité saisie. Cette dernière procédera à la pesée des intérêts des parties, l'exigence de célérité l'emportant dans les cas limites. Il appartient à l'autorité saisie de mettre en balance, d'une part, la nécessité de statuer dans un délai raisonnable et, d'autre part, le risque de décisions contradictoires (Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, *Procédure administrative vaudoise*, LPA-VD annotée, Bâle 2021, 2<sup>ème</sup> éd., n. 4.3 *ad* art. 25 LPA-VD et les références citées). Pour apprécier le caractère raisonnable ou non de la durée de la procédure, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances, en

particulier de la complexité de la procédure, du temps nécessaire à son instruction, du comportement des parties et de l'urgence de l'affaire compte tenu des intérêts en jeu (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.2 ; 125 V 188 consid. 2a).

**c)** La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime (ATF 130 I 312 consid. 5.3 ; TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.3). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond, ne pouvant qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (TF 9C\_366/2016 consid. 3 et les références citées).

**5.** En l'occurrence, la recourante fait grief à l'intimée d'avoir refusé de statuer sur sa demande de rechute. Celle-ci soutient, quant à elle, qu'il était essentiel d'attendre le résultat de la demande de révision du 12 août 2019 auprès de la Cour de céans pour statuer formellement sur la rechute annoncée en mars 2018, de sorte qu'elle conteste avoir commis un déni de justice.

**a)** On relèvera tout d'abord que le courrier adressé le 21 novembre 2019 par L.\_\_\_\_\_ à la recourante ne constitue pas formellement un refus de statuer. En effet, l'assurée a annoncé à l'assureur-accidents, le 23 mars 2018, une aggravation de son état de santé et requis l'ouverture d'un dossier de rechute. L'intimée a alors réclamé des renseignements supplémentaires puis, le 9 octobre 2019, elle a renoncé à rendre une décision en lien avec l'annonce de rechute dans l'attente qu'il soit statué sur la requête de révision déposée devant la Cour de céans le 12 août 2019. Le 14 novembre 2019, la recourante a requis de l'intimée qu'elle statue formellement sur la rechute, à défaut de quoi elle procéderait par la voie du déni de justice. L'intimée a répondu, le 21 novembre suivant, ne pas être en mesure de lui notifier une décision de refus de rechute avant de connaître l'issue de la procédure en révision, laquelle permettrait de définir l'état de choses, ce qui ne constituait pas

un déni de justice (cf. allégué 22 du mémoire de recours du 7 janvier 2020).

La teneur de ce courrier est claire pour les deux parties. L'intimée a décidé de surseoir à statuer sur l'annonce de rechute de la recourante tant que la Cour de céans ne se serait pas prononcée sur la demande de révision du 12 août 2019, en raison de la connexité des deux procédures. Ce courrier constitue ainsi une décision de suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la requête de révision précitée, au sens de l'art. 25 LPA-VD. Dans un tel cas, le justiciable est fondé à se plaindre d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer, c'est-à-dire d'un déni de justice, lorsqu'il estime que l'autorité suspend sans raison suffisante le traitement d'une affaire, ce que la recourante a fait par acte du 7 janvier 2020. Partant, il convient d'examiner si, dans les circonstances concrètes, la suspension de la procédure se justifiait au moment où l'intimée l'a décidé.

**b)** L'intimée fait valoir qu'il était essentiel d'attendre l'issue de la demande de révision auprès de la Cour de céans avant de statuer, puisque le lien de causalité avec l'accident du 12 juin 2005 avait déjà été exclu pour les atteintes à la santé constatées par le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 mai 2019, en particulier dans le cadre de l'expertise du X. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2013. Selon elle, ce n'était que si l'arrêt du 31 janvier 2017, dont la révision avait été demandée par l'intéressée, était annulé qu'il lui serait possible d'examiner la question de la rechute en lien avec les atteintes invoquées. La recourante estime, quant à elle, qu'il est possible d'invoquer une rechute en lien avec ses atteintes à la santé, en dépit du fait que le lien de causalité naturelle ait été préalablement nié.

**aa)** À cet égard, on rappellera que la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles

sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**bb)** En l'occurrence, la recourante a, d'une part, transmis le rapport établi le 25 mai 2019 par le Dr V. \_\_\_\_\_ à l'intimée, requérant de sa part qu'elle lui alloue ses prestations pour les suites de la rechute annoncée le 23 mai 2018. Elle estimait, en particulier, que le rapport précité établissait que les atteintes dont elle se plaignait étaient en lien de causalité avec l'accident de 2005 et constituaient une rechute. D'autre part, se fondant sur ce même rapport, elle a déposé, par devant la Cour de céans, le 12 août 2019, une demande de révision de l'arrêt du 31 janvier 2017 (AA 55/14 - 18/2017), faisant valoir que ce rapport constituait un moyen de preuve nouveau permettant d'établir des atteintes à la santé objectivables en lien de causalité avec l'accident de 2005, lien qui avait été nié dans l'arrêt précité.

Dans les deux procédures, la recourante se fondait ainsi sur les mêmes pièces et invoquait des faits identiques. Par ailleurs, la question du lien de causalité entre les atteintes attestées par le Dr V. \_\_\_\_\_ et l'accident du 12 juin 2005, objet de la procédure de révision par devant la Cour de céans, est également centrale dans le cadre de la procédure d'annonce de rechute. L'assureur-accidents ne peut en effet verser des prestations en lien avec une rechute ou une séquelle tardive que s'il existe

un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (cf. consid. 5b aa *supra*). Il faut ainsi reconnaître que l'intérêt à surseoir à statuer sur la question d'une éventuelle rechute ou de séquelles tardives existait. L'intimée se devait en effet de rendre une décision compatible avec le jugement à venir, dont le complexe de faits était connexe. Il était donc pertinent pour celle-ci de connaître le résultat de la procédure en cours devant la Cour de céans avant de rendre une décision formelle.

À cela s'ajoute qu'au moment du dépôt du recours pour déni de justice, le 7 janvier 2020, il n'était pas démontré par la recourante que l'allongement de la procédure découlant de la suspension de la procédure d'annonce de rechute entraînerait, comme tel, une violation du principe de la célérité, c'est-à-dire du droit de tout justiciable à ce qu'il soit statué sur son droit dans un délai raisonnable. L'échange d'écriture dans la procédure de révision était en effet terminé depuis le 24 octobre 2019 (cf. arrêt AA 103/19 - 54/2024 consid. C) et les parties étaient en attente de l'arrêt à rendre par la Cour de céans. L'intimée pouvait ainsi compter recevoir un arrêt sur la demande de révision dans les mois qui suivaient, selon le cours ordinaire des choses, ce qui ne prolongeait pas grandement la procédure.

Au vu de ce qui précède, l'intimée était légitimée à suspendre la procédure d'annonce de rechute dans l'attente d'un jugement de la Cour de céans quant à la requête de révision de l'arrêt du 31 janvier 2017. Dans la mesure où un tel jugement est rendu ce jour, elle est invitée à reprendre la procédure et à examiner l'annonce de rechute du 23 mars 2018.

**6. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision incidente confirmée.

**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), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**7.** Il reste à statuer sur la demande d'assistance judiciaire déposée par la recourante dans la présente procédure de recours.

**a)** Selon l'art. 61 let. f, 2ème phrase, LPGA lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de sa situation financière précaire et de ses prétentions qui ne sont pas manifestement mal fondées, la recourante sera mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 janvier 2020 et un avocat d'office désigné en la personne de Me Jean-Michel Duc.

**b)** La recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 2 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision incidente rendue le 21 novembre 2019 par L.\_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
  
- IV. L'assistance judiciaire est octroyée à P.\_\_\_\_\_ à compter du 7 janvier 2020 et Me Jean-Michel Duc nommé en qualité de conseil d'office.
  
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
  
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour P.\_\_\_\_\_),
- L.\_\_\_\_\_,

- 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 :