

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juin 2015

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Gilliard, avocat, à Yverdon-les-Bains,

et

**U.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 16 LPGA ; art. 18 et 19 LAA ; art. 28 al. 2 OLAA.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, est mère de quatre enfants, nés en 1990, 1996, 1999 et 2000. Sans formation professionnelle, elle a été occupée à un degré d'activité total de 100% par plusieurs employeurs, à savoir en qualité d'employée polyvalente au sein de la société coopérative O. \_\_\_\_\_, de caissière auprès du Supermarché C. \_\_\_\_\_ et de concierge auprès de S. \_\_\_\_\_ SA, ainsi qu'en effectuant des ménages pour des particuliers.

Elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels notamment par la F. \_\_\_\_\_ SA et la U. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : la U. \_\_\_\_\_ SA ou l'intimée).

**B.** Le 14 février 2009, alors que l'assurée circulait entre Payerne et Fribourg sur une route enneigée, son véhicule a été percuté de plein fouet par une voiture arrivant en sens inverse. Elle a été transportée à l'Hôpital E. \_\_\_\_\_ où ont été diagnostiquées des « fractures de côtes », une « fracture du manubrium sternal », une « fracture de la crête iliaque droite », une « fracture-tassement de D12, L1 et L5 », une « contusion pulmonaire bilatérale », une « plaie au genou droit et une plaie occipitale. »

En date du 20 février 2009, elle a subi une « cyphoplastie en D12 » et a bénéficié d'un traitement conservateur.

Les conséquences financières de l'accident du 14 février 2009 ont été prise en charge initialement par la F. \_\_\_\_\_ SA, puis assumées par la U. \_\_\_\_\_ SA, après vérification des règles de compétence.

Les médecins spécialistes ayant traité l'assurée ont envisagé le recouvrement d'une capacité totale de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2009, à l'inverse de son médecin généraliste traitant, la Dresse H. \_\_\_\_\_, laquelle

a régulièrement attesté de la persistance d'une incapacité de travail de 100%.

Par courrier du 12 août 2009, les médecins de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_ ont cependant signalé à la F.\_\_\_\_\_SA que l'assurée avait été hospitalisée depuis le 3 août 2009 en raison d'un « syndrome de stress post-traumatique (diagnostic principal) » et d'un « syndrome somatoforme douloureux (diagnostic secondaire) ». Ils ont indiqué que l'évolution était marquée par une recrudescence progressive des douleurs rachidiennes et thoraciques accompagnées de céphalées. Ils ont préconisé un séjour de la patiente en milieu spécialisé pour une réadaptation rachidienne et une prise en charge psychologique.

L'assurée a séjourné à cette fin à la Clinique K.\_\_\_\_\_ à [...] du 18 août 2009 au 23 septembre 2009. Dans un rapport de synthèse du 29 septembre 2009, les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, chef du service de réadaptation de l'appareil locomoteur, et M.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- Thérapies physiques et fonctionnelles

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- Rachialgies persistantes
- Céphalées tensionnelles et cervicogènes
- AVP [réd. : accident de la voie publique] le 14.02.2009 avec :
  - fracture des côtes I à gauche, V et VI à droite
  - fracture du manubrium sternal
  - fracture de la crête iliaque droite
  - fractures-tassements D12, L1, L5
  - minimes fractures-tassements du plateau supérieur de D2 et D3
  - contusions pulmonaires bilatérales
  - plaies du genou droit et occipitale
- Cyphoplastie D12, L1 et L5 le 20.02.2009
- Probable plexopathie brachiale gauche post-traumatique d'évolution favorable
- Petite hernie discale C4-C5 droite
- Petite hernie discale C5-C6 médiane
- Hernie discale C6-C7 droite

**CO-MORBIDITES**

- Plastie abdominale en 2004
- Césarienne en 1999

- Ablation d'un kyste dans la région dorsale en juillet 2009
- Cholécystectomie laparoscopique en juin 2009 ».

Les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ n'ont pas mis en évidence d'origine neurologique aux céphalées et vertiges décrits par l'assurée, mais ont préconisé, en cas de persistance de ses symptômes, une évaluation oto-rhino-laryngologique. Par ailleurs, dans le cadre d'un consilium psychiatrique réalisé le 19 août 2009, la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pris en compte aucun diagnostic psychiatrique, en particulier pas de syndrome post-traumatique, et n'a émis aucune certitude quant à un trouble douloureux somatoforme persistant. Elle a précisé que l'assurée, bien intégrée en Suisse, de nature habituellement enjouée, active et disposant de bonnes ressources adaptatives, avait développé une attitude de catastrophisme en lien avec la gravité de ses lésions et leur pronostic (cf. rapport du 25 septembre 2009). S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité totale de travail du 23 septembre 2009 au 17 octobre 2009 en raison d'un handicap fonctionnel subjectif et d'une perception très élevée de la douleur.

A l'occasion d'un entretien passé le 3 novembre 2009 à son domicile avec l'inspecteur de sinistres de la F.\_\_\_\_\_SA, l'assurée a indiqué avoir résilié les rapports de travail avec la O.\_\_\_\_\_, alors que le contrat de travail conclu le 10 février 2009 avec le Supermarché C.\_\_\_\_\_ prévoyait une augmentation de son temps d'activité (pour se monter à plus de 50% « si possible »).

En date du 18 novembre 2009, la F.\_\_\_\_\_SA a mandaté le Centre A.\_\_\_\_\_ en vue d'une expertise portant sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée.

Le rapport corrélatif, daté du 29 janvier 2010, a été établi par le  
le  
Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a retenu au titre de diagnostics des « anciennes fractures de D12, L1 et L5, du sternum, des côtes et de la branche ischio-pubienne droite » en sus d'un

« syndrome douloureux lombo-pelvien persistant ». Il a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse dont l'intensité ne pouvait être expliquée par les constatations morphologiques. Sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de concierge ou de caissière, alors que la capacité de travail était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir excluant le port de charges lourdes, la position en flexion du tronc, les mouvements répétitifs en flexion et extension du tronc, les stations debout de longue durée, les longues marches ainsi que la position assise prolongée.

Par courrier du 2 juin 2010, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente se plaignait toujours de douleurs du rachis cervical et des deux membres supérieurs, ainsi que de toute la colonne dorso-lombaire. Elle avait en outre développé un état dépressif réactionnel.

Dans l'intervalle, suite au dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 27 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a mandaté la Dresse T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'expertise de l'assurée. Dans son rapport du 30 août 2010, cette experte a retenu le diagnostic de « status après notions d'épisode dépressif d'intensité sévère sans symptôme psychotique, actuellement en rémission partielle F33.4 (intensité actuelle légère à moyenne avec syndrome somatique F32.11) ». Elle a précisé que face à la notion de syndrome douloureux persistant, l'évaluation des critères jurisprudentiels de gravité permettait de considérer la symptomatologie dépressive comme une comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. Au vu des antécédents d'atteinte dépressive sévère qui avait réduit la capacité de l'assurée à surmonter ses douleurs, il se justifiait de reconnaître une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques depuis février 2009. Cela étant, compte tenu d'une évolution favorable, une exigibilité professionnelle pouvait être attendue de l'expertisée à concurrence de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010, puis vraisemblablement de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Dans un courrier du 27 septembre 2010 adressé à la Dresse H.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de la U.\_\_\_\_\_SA, a indiqué partager les avis des experts et recommander à l'assureur de tenir compte d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il a au surplus préconisé une reprise progressive d'un travail adapté, soit à 65% dès le 15 novembre 2010, à 80% dès le 15 décembre 2010, puis à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**C.** Par décision du 24 novembre 2010, la U.\_\_\_\_\_SA se référant à l'avis de son médecin-conseil précité, a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010 et a réduit les indemnités journalières versées dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010 conformément à ce taux.

L'assurée, représentée par son conseil, Me Laurent Gilliard, a formé opposition contre cette décision le 27 décembre 2010, s'estimant totalement incapable de travailler, y compris dans une activité adaptée, au vu de la persistance d'un état douloureux chronifié extrêmement sévère. Elle a dès lors soutenu que la diminution de ses indemnités journalières ne pouvait être ordonnée sans nouvelle expertise.

Dans un courrier du 22 décembre 2010 à la Dresse H.\_\_\_\_\_, faisant suite à un examen clinique de l'assurée réalisé le 19 novembre 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-chef au sein du Centre X.\_\_\_\_\_, a évoqué le diagnostic de « syndrome somatoforme douloureux chronique ». Il a considéré que sur le plan ostéoarticulaire, l'incapacité de travail de 50% selon le schéma déterminé par le Dr V.\_\_\_\_\_ était possible. Il a attesté une incapacité de travail à 70% les deux premières semaines de janvier, à 50% les trois semaines suivantes et à 25% les quatre semaines suivantes, sous suite de reprise normale du travail.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la U.\_\_\_\_\_SA, s'est adressé à la Dresse H.\_\_\_\_\_ par pli du 11 janvier 2011, en observant notamment que le contexte

clinique du cas d'espèce ne relevait plus d'une prise en charge spécialisée, mais d'un syndrome douloureux chronique pour lequel le lien de causalité devait être examiné.

Au vu de ces éléments, la U.\_\_\_\_\_SA a sollicité la Dresse T.\_\_\_\_\_ pour un complément d'expertise psychiatrique, destiné à relater l'évolution de l'état de santé psychiatrique de l'assurée eu égard à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative et à l'évaluation des critères jurisprudentiels en présence d'un trouble somatoforme douloureux. Dans son rapport du 11 mars 2011 faisant suite à un examen clinique du 23 février 2011, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a fait part de ses conclusions notamment en ces termes :

« [...] Sur le plan strictement psychiatrique, les séquelles de l'accident n'ont actuellement plus d'impact sur l'exigibilité professionnelle. Si l'on fait abstraction de l'intoxication aux opioïdes et du syndrome douloureux somatoforme qui ne sont pas reconnus comme des atteintes à la santé à caractère incapacitant au sens des assurances sociales, l'assurée n'a actuellement pas d'atteinte psychiatrique à la santé. Sur ce plan strictement psychiatrique, l'expertise de ce jour n'apporte aucun argument pour se distancer du rapport d'expertise du 30 août 2010 où il a été considéré que l'intéressée aurait pu avoir une exigibilité professionnelle de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011".

La Dresse T.\_\_\_\_\_ a enfin considéré que les plaintes de l'assurée et les constats cliniques objectifs n'étaient plus en rapport de causalité directe avec l'accident du 14 février 2009, y compris s'agissant de l'intoxication aux opioïdes et de l'émergence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

**D.** Par une seconde décision du 15 avril 2011, la U.\_\_\_\_\_SA a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 février 2011, faute de lien de causalité entre la symptomatologie présentée par l'assurée et l'accident du 14 février 2009. Elle a en outre confirmé une exigibilité professionnelle de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, ce qui entraînait la fin du versement des indemnités journalières dès le 31 décembre 2010.

Saisie d'une opposition du 18 mai 2011 contre cette décision, la U. \_\_\_\_\_ SA a confirmé ses décisions des 24 novembre 2010 et 15 avril 2011 par décision sur opposition du 29 août 2011.

**E.** L'assurée, avec l'assistance de Me Gilliard, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par mémoire du 30 septembre 2011, concluant à la poursuite du paiement des indemnités journalières.

Par arrêt du 22 octobre 2012 (en la cause AA 94/11 - 100/2012), la juridiction cantonale a partiellement admis le recours, en ce sens que le cas était renvoyé à la U. \_\_\_\_\_ SA pour décision sur le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). La décision sur opposition du 29 août 2011 était en revanche confirmée s'agissant du terme des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux. La Cour des assurance sociales a au surplus relevé que les rapports d'expertise des Drs R. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ pouvaient se voir doter d'une pleine valeur probante ce qui rendait superflue toute mesure d'instruction complémentaire. La capacité de travail de l'assurée devait donc être considérée comme entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, tandis que le lien de causalité entre l'accident du 14 février 2009 et les troubles présentés au-delà du 23 février 2011 n'était par ailleurs pas réalisé.

Statuant sur un recours en matière de droit public interjeté par l'assurée le 26 novembre 2012, le Tribunal fédéral l'a rejeté dans un arrêt 8C\_961/2012 du 18 juillet 2013.

**F.** Reprenant l'instruction du cas, la U. \_\_\_\_\_ SA a diligenté une nouvelle expertise de l'assurée - avec l'aval de cette dernière - sur les plans orthopédique et neurologique, dont le mandat a été confié le 6 janvier 2014 aux Drs Y. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie, respectivement en chirurgie orthopédique, au sein du Centre A. \_\_\_\_\_. Ils

ont établi leur rapport en date du 4 avril 2014, libellant leurs conclusions notamment en ces termes :

« [...] L'examen neurologique, marqué par un important comportement démonstratif, ne montre qu'une hypoesthésie tactoalgique mal systématisée de l'hémicorps droit.

Il permet surtout de mettre en évidence un syndrome douloureux dépassant de façon évidente le cadre somatique, associé à des troubles de la marche sans origine neurologique.

L'électroneuromyographie réalisée ce jour est strictement normale.

En conclusion, [l'assurée] présente à ce jour des plaintes aspécifiques de type douleurs, vertiges ou céphalées, pour lesquelles aucun substrat neurologique lié à l'accident ne peut être mis en évidence.

Sur le plan neurologique, nous ne retenons aucune atteinte en relation avec l'accident, ni même d'affection neurologique indépendante de l'événement traumatique. La capacité de travail est complète en temps et rendement, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité.

Sur le plan orthopédique, [...] l'importance de la clinique dans son mode algique et fonctionnel n'est pas expliquée uniquement par le status après les fractures constatées initialement.

Les fractures de D12, L1, L5 ne démontrent pas de modifications, entre autre pas de tassements secondaires, pas de déséquilibre ni signes d'arthrose secondaire.

Du fait, de la stagnation de la situation notamment depuis fin 2009, les conclusions de l'expertise pour l'assurance F. \_\_\_\_\_ SA du 29 janvier 2009 restent d'actualité, plus particulièrement avec l'opinion que nous nous trouvons donc actuellement dans une situation où l'intensité des troubles fonctionnels et des troubles douloureux n'est pas expliquée par les constatations morphologiques. »

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, de ses limitations fonctionnelles et d'un éventuel dommage permanent, les experts ont répondu comme suit aux questions de la U. \_\_\_\_\_ SA :

« [...] 7. *Quelle est la capacité de travail actuelle, respectivement à compter du 01.01.2011, tenant compte des seules séquelles somatiques, dans l'activité habituelle, à savoir celles exercées au moment de l'accident (concierge, ménage, caissière, vendeuse) ?*

[...]

En tenant compte des lésions morphologiques vertébrales, [l'assurée] ne peut pas accomplir des tâches avec travaux lourds (poids de plus de 10 kg, position inclinée de longue durée du rachis); un travail assis léger est possible avec changement fréquent de position.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est complète en temps et rendement.

8. *Est-ce que l'accident assuré provoque un dommage permanent sous forme :*

[...]

8.2. *D'une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique au sens de l'art 24 LAA ?*

Oui.

*Dans l'affirmative, de quelle importance (exprimée en fonction du barème de l'Annexe 3 OLAA et, le cas échéant, des Tables spéciales de la Division médicale de la SUVA) ?*

25 % pour perte de lordose lombaire avec douleurs permanentes selon la table 7.

*Doit-on s'attendre dans un futur plus ou moins éloigné à une augmentation significative de l'importance de l'atteinte, et dans ce cas à combien peut-on estimer la différence ?*

Non.

*Le taux actuel de l'atteinte est-il influencé par les séquelles d'un accident ou d'une affection antérieure ou intercurrente, et si ou dans quelle mesure exprimée en pourcent ?*

Non. [...] »

**G.** Fondée sur les conclusions des spécialistes ci-dessus, la U. \_\_\_\_\_ SA a rendu une décision le 20 mai 2014 et a alloué à l'assurée une IPAI de 25% correspondant à un montant de 31'500 francs. Par ailleurs, elle a retenu que le droit à la rente d'invalidité n'était pas ouvert, le degré d'invalidité n'atteignant pas 10%. L'assurée pouvait à son sens réaliser un revenu d'invalidé de 53'255 fr. 30 en 2011, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), dans une activité simple et répétitive sans formation spécifique (niveau 4 du TA1, montant total). Quant au revenu sans invalidité, la U. \_\_\_\_\_ SA a estimé que l'assurée aurait poursuivi une activité de vendeuse, caissière ou employée polyvalente à 80% dans un commerce, tout en assumant en parallèle des travaux de conciergerie, pour un salaire atteignant « tout au plus le salaire d'invalidé ».

L'assurée s'est formellement opposée à cette décision le 20 juin 2014, contestant exclusivement le refus de rente d'invalidité prononcé par la U. \_\_\_\_\_ SA, singulièrement la capacité de travail complète prise en compte par les experts dans son cas. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux de 100%.

Par décision sur opposition du 24 juillet 2014, la U. \_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition de l'assurée, maintenant qu'une capacité de travail de

100% dans une activité adaptée devait fonder l'évaluation de l'invalidité, laquelle ne mettait à jour aucune perte de gain significative.

**H.** L'assurée, avec le concours de Me Gilliard, a déféré cette décision sur opposition à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 2 septembre 2014, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision eu égard au droit à la rente d'invalidité. Elle a relevé que la U. \_\_\_\_\_ SA n'avait pas sérieusement procédé à l'évaluation de son invalidité, en ne précisant ni quelles activités pourraient être exercées, ni les revenus susceptibles d'être réalisés, ce qui ne respectait pas les réquisits posés par l'arrêt cantonal du 22 octobre 2012.

Elle a par ailleurs requis l'assistance judiciaire gratuite, accordée par décision de la juge instructrice du 5 septembre 2014, qui l'a exonérée d'avances, de frais judiciaires, et désigné Me Gilliard en qualité d'avocat d'office.

La U. \_\_\_\_\_ SA a produit sa réponse au recours le 6 octobre 2014, en proposant le rejet. Tout en maintenant le revenu d'invalidité déterminé dans la décision sur opposition entreprise, elle a précisé le revenu hypothétique sans invalidité de la recourante. Elle a rappelé que celle-ci exerçait plusieurs activités professionnelles, soit notamment une activité d'employée polyvalente au sein de la société O. \_\_\_\_\_ à 18% pour un revenu annuel de 9'120 fr. et de vendeuse au Supermarché C. \_\_\_\_\_ à 50% pour un salaire annuel de 23'400 francs. En outre, de son activité de concierge exercée conjointement avec son époux, les deux tiers du salaire versé à hauteur de 18'018 fr. pouvaient lui être attribués, soit environ 12'000 francs. Quant aux ménages privés, elle dégagait un revenu annuel approximatif de 3'800 francs. Selon les déclarations de l'assurée, elle aurait renoncé à son activité à la O. \_\_\_\_\_ pour se consacrer à 80% à son activité au Supermarché C. \_\_\_\_\_ tout en poursuivant les ménages privés, et réduit dans une moindre mesure son engagement dans les travaux de conciergerie. Son revenu sans invalidité

se monterait dès lors à 52'030 fr. 40, se composant de 38'230 fr. 40 (après actualisation à 2011) versés par le Supermarché C.\_\_\_\_\_, 3'800 fr. par le biais des ménages privés et 10'000 fr. en qualité de concierge. Le préjudice économique s'avérait en conséquence inférieur à 10% après comparaison des revenus précités.

La recourante a répliqué le 7 novembre 2014, estimant que les salaires statistiques ressortant de l'ESS n'étaient pas applicables à son cas, puisque celle-ci comportait des activités ne respectant pas ses limitations fonctionnelles, telle que celle de caissière.

Par duplique du 2 décembre 2014, l'intimée a rappelé que la jurisprudence fédérale autorisait le recours à l'ESS en l'absence de revenu effectivement réalisé par l'assurée, plus particulièrement la prise en compte du total indiqué dans le TA1 des statistiques au niveau de qualification élémentaire.

L'assurée a relevé, dans une ultime détermination du 20 janvier 2015, que le procédé de l'intimée apparaissait contraire à la jurisprudence contenue à l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.3.

Dans l'intervalle, le mandataire de la recourante a communiqué la liste de ses opérations pour un total de cinq heures et cinquante minutes pour la période du 2 septembre 2014 au 12 janvier 2015.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA).

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours, daté du 2 septembre 2014, a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont

identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Est exclusivement litigieux in casu le degré d'invalidité présenté par l'assurée, tel que déterminé par l'intimée sur la base de l'ESS, compte tenu d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant son état de santé. La recourante est d'avis que l'intimée n'a pas procédé à une évaluation de son taux d'invalidité conforme au droit, dans la mesure où celle-ci n'a pas précisé les activités adaptées à sa portée, ni les revenus pouvant être concrètement dégagés. La U. \_\_\_\_\_ SA a pour sa part retenu un degré d'invalidité inférieur à 10%, excluant le droit à une rente LAA et considéré que le TA1 des ESS contenait une palette d'activités suffisamment large pour englober une activité correspondant aux restrictions fonctionnelles de l'assurée.

La recourante ne conteste pas en revanche le taux de l'IPAI estimé à concurrence de 25% par la U. \_\_\_\_\_ SA, lequel ne prête au demeurant pas flanc à la critique.

La Cour de céans se limitera en conséquence à statuer sur le taux d'invalidité présenté par la recourante à partir de l'année 2011, soit dès la date à laquelle une capacité résiduelle de travail lui a été reconnue.

**b)** Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle

(ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF [Tribunal fédéral] 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A\_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

En l'espèce, il convient de relever que ni la décision du 20 mai 2014, ni la décision sur opposition du 24 juillet 2014 ne chiffrent le degré d'invalidité présenté par l'assurée. Singulièrement, la U.\_\_\_\_\_SA a approximativement considéré que le revenu hypothétique sans invalidité atteignait « tout au plus le revenu d'invalidé ».

Il ne fait pas de doute que l'intimée aurait dû fixer spécifiquement les deux revenus fondant la comparaison des gains effectuée afin de déterminer un degré d'invalidité précis, à défaut de quoi elle a manifestement violé le droit d'être entendue de la recourante au sens de la jurisprudence fédérale citée supra.

Cela étant, on relèvera que l'assurée ne s'est prévalu de cette violation ni au stade de la procédure d'opposition - où elle a essentiellement contesté l'appréciation de sa capacité de travail - ni au stade de la présente procédure, au cours de laquelle elle s'est limitée à remettre en question l'application de l'ESS, singulièrement à douter du revenu d'invalidé réalisable concrètement.

En outre, il faut constater que l'intimée a pallié les défauts de ses décisions et décisions sur opposition aux termes de sa réponse au recours du 6 octobre 2014, où elle a dûment détaillé le revenu sans invalidité devant à son sens être retenu dans le cas particulier.

La Cour de céans disposant par ailleurs d'un plein pouvoir d'examen, le défaut de motivation entachant la décision entreprise peut être considéré comme réparé, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur la comparaison des revenus effectuée par la U. \_\_\_\_\_ SA et sur les griefs invoqués par l'assurée à son encontre.

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

En vertu 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.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, 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.

**4.** En premier lieu, il convient brièvement de se pencher sur l'aspect médical du cas particulier, lequel a permis de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assurée et les limitations fonctionnelles devant être respectées dans le contexte de la reprise d'une activité professionnelle.

**a)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

**b)** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

**c)** En l'espèce, il ne peut plus être contesté que la recourante est dotée d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles énoncées par les experts du Centre A.\_\_\_\_\_, soit tant par le Dr R.\_\_\_\_\_ que par les Drs Y.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_.

En particulier, le rapport établi par ces derniers le 4 avril 2014 peut se voir accorder pleine valeur probante au sens de la jurisprudence mentionnée ci-dessus, puisqu'il repose sur un examen clinique minutieux de l'assurée, reprend les éléments pertinents de son anamnèse et les constats cliniques, tout en faisant état de conclusions claires et documentées.

Les Drs Y.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont par ailleurs rejoint l'opinion de leur confrère le Dr R.\_\_\_\_\_, en considérant que l'assurée était en mesure, sous l'angle strictement somatique, de remplir les exigences d'une activité lucrative adaptée à 100%, pour autant que soit évité le port de lourdes charges dans le contexte d'un emploi en position assise permettant l'alternance des positions.

Au demeurant, on rappellera que le postulat d'une capacité de travail de 100% et les restrictions fonctionnelles décrites en son temps par le Dr R. \_\_\_\_\_ ont été confirmés par l'arrêt du 22 octobre 2012 en la cause AA 94/11 - 100/2012 de la Cour de céans, ainsi que par le Tribunal fédéral à teneur de son arrêt 8C\_961/2012 du 18 juillet 2013.

Indépendamment des résultats de l'expertise réalisée subséquemment au Centre A. \_\_\_\_\_, laquelle n'apparaissait d'ailleurs pas s'imposer pour trancher les questions du droit à la rente et à l'IPAI, ainsi que compte tenu de l'arrêt fédéral précité, les éléments médicaux que l'assurée a contestés dans le cadre de la procédure d'opposition ont été précédemment tranchés et n'ont pas à être débattus à ce stade de la procédure.

**5.** En second lieu, il s'agit de se déterminer sur le seul objet demeurant litigieux, soit sur le calcul du préjudice économique et le degré d'invalidité présenté par la recourante.

**a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de

travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

**b)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**c)** A teneur de l'art. 28 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), chez les assurés qui exercent simultanément plusieurs activités salariées, le degré d'invalidité est déterminé en fonction de l'incapacité subie dans l'ensemble de ces activités.

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause le revenu hypothétique sans invalidité arrêté sur la base de ses propres déclarations à 52'030 fr. 40 par l'intimée dans sa réponse au recours du 6 octobre 2014.

On notera à toutes fins utiles que l'assurée exerçait des activités lucratives auprès du Supermarché C.\_\_\_\_\_ à hauteur de 50% - taux susceptible d'augmentation ultérieure en fonction de ses disponibilités -, ainsi que de la société O.\_\_\_\_\_ à concurrence de quelques heures par semaine. Elle se chargeait également de conciergerie en collaboration avec son conjoint et effectuait des ménages privés. Ainsi qu'elle l'a déclaré à l'inspecteur des sinistres de la F.\_\_\_\_\_SA le 3 novembre 2009, elle avait toutefois d'ores et déjà envisagé la résiliation de son contrat de travail avec la O.\_\_\_\_\_, vu la conclusion d'un contrat avec le Supermarché C.\_\_\_\_\_.

Dès lors, à l'instar de l'intimée, il apparaît parfaitement plausible que l'assurée en bonne santé aurait déployé une activité d'employée de supermarché à 80%, tout en conservant la tenue de ménages privés et en adaptant à la baisse son engagement en qualité de concierge en concertation avec son époux.

Le revenu hypothétique sans invalidité, constitué d'un revenu de 38'230 fr. 40 après actualisation à 2011, tel que réalisable à 80% au sein du Supermarché C.\_\_\_\_\_, d'un gain annuel de 3'800 fr. en tant que femme de ménage et de 10'000 fr. en tant que concierge, soit un total de 52'030 fr. 40, peut en conséquence être confirmé.

**d)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors une activité ne correspondant pas à l'exigibilité - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT)

établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données extraites de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 901).

En matière LAA, il est donc possible, mais non impératif, de recourir aux ESS pour déterminer le revenu d'invalidé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Cas échéant, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, dans l'hypothèse d'un recours à l'ESS, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

En l'occurrence, quoi qu'en dise la recourante, il était parfaitement loisible à l'intimée de fixer le revenu d'invalidé déterminant sur la base des ESS, la jurisprudence fédérale citée ci-avant n'imposant aucunement le recours aux DPT en matière LAA.

Dès lors, le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir avec l'intimée qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce constat rend surperflu de définir précisément des activités adaptées, ainsi que le requiert la recourante. Par ailleurs, l'argument selon lequel l'activité inadaptée de caissière est englobée dans le TA1 de l'ESS et ne permettrait pas de s'y référer, tombe particulièrement à faux, puisque précisément le tableau concerné regroupe l'essentiel des activités professionnelles salariées sur le marché suisse de l'emploi.

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel doit être majoré à 4'405 fr. fr (4'225 fr. x 41,7 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 52'855 francs.

La recourante étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès janvier 2011, son salaire d'invalidé s'élèverait en définitive à 53'367 fr. après actualisation à l'année 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3).

Ainsi que l'évoque l'assurée dans son écriture du 20 janvier 2015, il se justifie en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 10% paraît approprié pour tenir compte du fait que seule une activité légère reste à la portée de

la recourante. Les autres critères dégagés par la jurisprudence fédérale dans ce cadre n'ont pas lieu d'être pris en considération puisque l'assurée est encore jeune, dotée de ressources adaptatives, et ne subit d'entraves ni du fait de sa nationalité, ni d'une quelconque problématique linguistique.

Déduction faite, le revenu annuel d'invalidité déterminant s'élève ainsi à 48'030 francs.

**e)** Etant donné les revenus fixés ci-avant, l'incapacité de gain se monte au plus à 7,7% ( $(52'030 \text{ fr.} - 48'030 \text{ fr.}) \times 100 / 52'030 \text{ fr.}$ ), arrondis à 8% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), excluant de facto le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 18 al. 1 LAA.

**6.** Vu les éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté sous suite de confirmation de la décision sur opposition du 24 juillet 2014.

**a)** La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA).

**b)** Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens.

Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part de la recourante. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce. En outre, la U. \_\_\_\_\_ SA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement de l'indemnité ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gillard jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 12 janvier 2015, Me Gilliard a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de l'assurée. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Elle doit être arrêtée, pour la période du 2 septembre 2014 au 20 janvier 2015 inclus, à six heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 10 fr. 40 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'177 fr. 65 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenu d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 24 juillet 2014 par la U.\_\_\_\_\_SA est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
  
- IV. L'indemnité d'office de Me Gilliard, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'177 fr. 65 (mille cent septante-sept francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
  
- V. 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Laurent Gilliard, à Yverdon-les-Bains (pour B.\_\_\_\_\_),
- U.\_\_\_\_\_SA, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :