

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Riesen et Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Baudraz, avocat
à Lausanne,

et

S. _____, à [...], intimée, représentée par Me Martin Burkle, avocat à
Zurich.

Art. 6, 18 et 24 LAA

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice d'un CFC de gestionnaire de vente en textiles et conseils, travaillait en qualité de collaboratrice de vente dès le 3 septembre 2010 auprès de H. _____ SA, à un taux d'occupation moyen de 75%. Elle était, à ce titre, assurée obligatoirement auprès de S. _____ (ci-après : S. _____ ou l'intimée) pour le risque d'accident et de maladie professionnelle. Son employeur avait également souscrit auprès de cette compagnie une police d'assurance-accident collective (selon la LCA). Cette dernière prévoyait notamment un complément à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon le contrat de travail signé entre les parties le 10 septembre 2010, l'assurée percevait un salaire horaire brut de 22 fr. 75, auquel venaient s'ajouter 10.64 % d'indemnités vacances et 3.50 % pour les jours fériés, soit un total de 25 fr. 95.

Le 14 novembre 2010, alors qu'elle roulait sans ceinture de sécurité, l'assurée a été victime d'un accident de la route occasionnant un polytraumatisme avec fracture médio-physaire du fémur droit, fracture de la malléole externe droite de type Weber B, fracture du tibia distal droit et fracture non déplacée du radius distal gauche et nécessitant une hospitalisation dans le service de traumatologie du Centre hospitalier V. _____ du 14 au 30 novembre 2010. Durant ce séjour, l'assurée a subi une réduction fermée et enclouage du fémur droit, ainsi qu'une réduction ouverte et ostéosynthèse d'un fragment médio-diaphysaire des fémur, tibia et péroné droits (cf. rapport du 2 décembre 2010 du Dr N. _____). L'intéressée a été en incapacité totale de travailler et son cas a été pris en charge par S. _____.

Dans un rapport du 4 février 2011, la Dresse M. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que l'état de santé de l'intéressée n'évoluait pas favorablement, tant par rapport à sa cheville droite - pour laquelle une algoneurodystrophie était suspectée - que par rapport à l'état général dès

lors qu'elle présentait notamment des troubles du sommeil majeurs, de fortes douleurs et probablement un trouble de l'adaptation suite à l'accident, s'inscrivant dans un contexte d'éléments anxieux antérieurs (cf. rapport du 15 mars 2011 de la Dresse M._____).

Dans son rapport du 21 mars 2011, la Dresse K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué qu'il n'existait pas de signes cliniques ou radiologiques confirmant une algoneurodystrophie. Cette praticienne a également mentionné que l'assurée présentait un trouble anxieux bien avant son accident, en relation avec des difficultés familiales (cf. rapport du 27 avril 2011).

Le 28 avril 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans le formulaire « Détermination du statut » du 9 mai 2011, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis toujours, précisant qu'avant son accident, elle travaillait à 75 % dans l'attente d'un 100 %.

Le 9 août 2011, l'assurée a subi une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur droit et une cure de pseudarthrose du fémur droit par décortication-greffe et ostéosynthèse par plaque externe.

Dans un rapport du 17 novembre 2011, le Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie, a relevé que les douleurs de l'assurée de caractère non neurogène étaient devenues quasi permanentes quelle que soit la position ou les activités avec en plus exacerbation à la marche qu'elle effectuait à l'aide d'une canne.

Dans un rapport du 24 juillet 2012 à S._____, le Dr N._____ a confirmé que l'évolution était favorable avec une consolidation acquise

au niveau de la pseudarthrose du fémur droit, une diminution des douleurs au niveau de la cuisse droite, tant en fréquence qu'en intensité.

Dans un rapport du 21 juin 2013 à la médecin traitante, la Dresse D._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que les rachialgies avaient une origine non spécifique chez une patiente présentant un déconditionnement musculaire secondaire à un alitement prolongé, à une absence d'activité depuis l'accident et à la perte pondérale de 14 kg suivie d'une reprise.

Dans un rapport du 9 juillet 2013 à la médecin traitante, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que la symptomatologie était liée à plusieurs causes, soit :

« D'une part, on a ces douleurs généralisées liées au temps, au traumatisme et aux fractures elles-mêmes et pour lesquelles, hormis un traitement médicamenteux pour la gestion de la douleur, il n'y a pas de geste chirurgical qui pourra soulager ses symptômes.

Elle présente également des douleurs proximales le long du trajet des fessiers, allant jusqu'au grand trochanter, irradiant distalement, qui sont vraisemblablement liées à "l'agression des muscles" lors de l'enclouage, geste qui passe à travers les muscles fessiers, qui peuvent être parfois mal supportés. Heureusement, elle ne présente pas de boiterie liée à une insuffisance de ce dernier. Parallèlement, le traitement de la pseudarthrose par plaque latérale engendre un passage à travers le tension du fascia-lata [sic] et nécessite soit le soulèvement ou le passage à travers le vaste latéral qui lui, également, peut être source de douleurs. En effet, je pense que lors de l'appui monopodal, elle sollicite également le tension du fascia-lata [sic], provoquant une douleur à ce niveau-là. Ce qu'elle décrit clairement et qui expliquerait les douleurs lors de la marche et à l'appui monopodal. Parallèlement, sur les petites RX que j'ai vues, on voyait un énorme cal, également antérieurement et je crois que la symptomatologie douloureuse sur la face antérieure de la cuisse, ainsi que latéralement, peut également être attribuée à la masse qu'occupe le cal à proximité du quadriceps. Pour finir, on peut retrouver également des douleurs qui sont attribuées au matériel lui-même et à la différence d'élasticité entre le matériel et l'os provoquant par moment des douleurs aux extrémités par exemple du clou et du matériel d'ostéosynthèse.

On peut également trouver des douleurs liées à des adhérences parmi les tissus musculaires, liées aux multiples passages dans cette région.

Il est clair que ces symptômes douloureux liés au matériel pourrai[en]t être soulagés, du moins clairement en partie, par l'ablation de ce dernier. On pourrait remédier à une partie des douleurs lors de l'ablation du matériel, mais il ne faut pas oublier que cela impliquerait un passage supplémentaire à travers ces tissus déjà bien agressés et pouvant engendrer des douleurs liées à des adhérences ou dégâts musculaires. Par ailleurs, il semblerait que le clou centro-médullaire soit enfoncé profondément au niveau du fémur proximal, rendant son ablation beaucoup plus compliquée et amenant des risques supplémentaires et provoquer des délabrements musculaires au niveau des fessiers, qui auraient pour conséquence, une boiterie d'insuffisance. Pour finir, pratiquer de multiples interventions nous exposent à des risques accrus d'infections ».

b) A la suite d'une mesure de reclassement professionnel octroyée par l'OAI (cf. communication du 7 mars 2013), l'assurée a débuté une reconversion professionnelle à 50 % en qualité d'employée de commerce à l'ORIF de septembre à décembre 2013. Elle a par la suite, soit du 3 février 2014 au 30 juin 2015, suivi une formation à 50 % de secrétaire médicale auprès de l'Ecole [...] et obtenu un diplôme le 3 juillet 2015.

Durant ses vacances « scolaires », soit du 7 au 22 octobre 2014, l'assurée a séjourné auprès de la Clinique P._____. Dans leur rapport du 4 novembre 2014, les Drs Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et G._____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour rachialgies et douleurs à la cuisse droite chroniques, précisant que sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante avait été posé au cours du séjour. Ces praticiens ont indiqué qu'aucune incohérence n'avait été relevée et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : maintien prolongée d'une position statique debout ou assise et ports répétés de charges supérieures à 10kg. Considérant que la situation était stabilisée du point de vue médical, ils ont mentionné que l'on pouvait encore s'attendre à un gain sur le plan de l'endurance. Selon les Drs Z._____ et G._____, le pronostic de réinsertion dans l'activité de secrétaire médicale, chez une patiente investie dans sa formation, était favorable. Il était également fait état de trois plaintes résiduelles après l'accident, soit des lombalgies basses à la station debout prolongée, des douleurs occasionnelles

péritrochantériennes peu importantes et des douleurs à la face antérieure de la cuisse au niveau de l'ancienne fracture apparaissant plutôt après la station assise prolongée.

Dans un rapport du 12 mai 2015, le Dr W._____, du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle dès le 14 novembre 2010. Elle était de 50% depuis septembre 2013 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : station debout autre qu'occasionnelle, marche uniquement sur de courtes distances, position statique assise prolongée, travail sur échelles, échafaudages et escabeaux, travail à genoux et accroupi, importante raideur matinale limitant le temps de travail, port régulier de charges de plus de 5kg.

Après l'obtention de son diplôme, l'assurée a été placée à l'essai dès le 6 juillet 2015 auprès de deux cliniques du groupe [...] SA, puis auprès de la société C._____ Sàrl dès le 12 novembre 2015.

A compter du 6 janvier 2016, l'assurée a été engagée par la société C._____ Sàrl, en tant que secrétaire back office à 60%. La répartition et l'organisation du temps de travail étaient en principe laissées à la libre appréciation de l'intéressée, sous réserve de cinq heures de travail effectif par jour, du lundi ou vendredi, devant être effectuées entre 9h et 17h. Selon le contrat de travail, la rémunération était basée sur un salaire mensuel brut de 4'700 fr. à un taux d'activité de 100% sur 13 mois.

Dans un rapport du 21 mars 2016 à l'OAI, la médecin traitante a qualifié l'évolution de favorable avec une augmentation à 70 % d'ici à la fin de l'année. La capacité de travail n'était pas entière en raison de douleurs généralisées empêchant la mise en route le matin. L'assurée était au bénéfice de séances d'ostéopathie et de physiothérapie régulières.

Par décision du 24 août 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2011 au 30 novembre 2013 basée sur un degré d'invalidité de 100 %, puis une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, du 1^{er} décembre 2013 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le 1^{er} septembre 2013) au 30 avril 2016, et un quart de rente d'invalidité, basé un degré d'invalidité de 43 % dès le 1^{er} mai 2016 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le 1^{er} janvier 2016). La comparaison des revenus effectuée par l'OAI retenait un revenu sans invalidité de 64'078 fr., lequel a été calculé en tenant compte du contrat de travail du 13 septembre 2010 (75 %) et de l'indexation pour les années 2010 à 2015/2016. Comparé au salaire d'invalidité 36'660 fr., il laissait apparaître une perte de gain de 27'418 fr., représentant un degré d'invalidité de 43 %.

c) Sur demande de S._____, l'assurée a été soumise à une expertise médicale conduite par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 15 novembre 2016. On extrait ce qui suit du rapport d'expertise daté du 22 novembre 2016 :

« [...] **1.4. Quel est votre diagnostic :**

Status après polytraumatisme consécutif à un accident de la voie publique, le 14.11.2010, avec :

- fracture médio-diaphysaire du fémur droit, avec un fragment en ailes de papillon,
- fracture de la malléole externe de type Weber B,
- fracture du tibia distal droit,
- fracture du radius gauche, traitée conservativement.

Status après ostéosynthèse par clou centromédullaire du fémur droit, puis complément d'ostéosynthèse par un cerclage du fragment intermédiaire.

Status après cure de pseudarthrose du fémur droit.

Status après AMO du tibia et du péroné droits.

Syndrome de stress post-traumatique, avec un état anxio-dépressif.

Syndrome d'amplification ?

A la demande, l'assurée déclare qu'actuellement elle va bien et qu'elle ne suit aucun traitement, ni de suivi psychiatrique.

2.- Substrat organique :

2.1. Peut-on établir selon la vraisemblance prépondérante les conséquences organique[s] dues à l'accident ?

Si oui, lesquelles ?

Actuellement, les conséquences de l'accident de la voie publique du 14.11.2010 sont les suivantes :

- léger raccourcissement d'environ 1 cm du membre inférieur droit,
- rotation interne d'environ 10°, consécutive à la fracture fémorale.

Je n'ai pas d'explication pour la symptomatologie douloureuse persistante du membre inférieur droit et du rachis lombaire bas. En effet, la résonance magnétique de la colonne cervico-dorso-lombaire, effectuée en 2013, est parfaitement normale.

L'examen clinique montre un rachis souple et indolore.

On pourrait se poser la question si le discret raccourcissement du membre inférieur droit et le défaut de rotation interne ne constituent pas des éléments qui provoquent des efforts mécaniques au niveau de la charnière lombo-sacrée, voire au niveau de la sacro-iliaque droite. Ceci pourrait expliquer les irradiations douloureuses. Cette question mérite d'être approfondie. Pour cette raison, je propose une nouvelle consultation au Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], avec pour objectif une éventuelle infiltration L5-S1, voire au niveau de l'émergence de la racine S1 droite. Cette proposition devrait être prise en compte, d'autant que Mme F._____ souscrit à ce traitement.

3.- Causalité naturelle :

3.1. Est-ce que l'atteinte à la santé alléguée est consécutive au moins partiellement à l'accident du 14.11.2010 selon la vraisemblance prépondérante ?

La symptomatologie douloureuse du membre inférieur droit, même si elle ne s'explique pas de manière objective, pourrait encore être en relation avec le foyer de fracture et avec la musculature traumatisée. Le traumatisme subi a pu entraîner des cicatrices musculaires internes, ce qui expliquerait la persistance des douleurs.

Par contre, je n'ai aucune explication pour les rachialgies non spécifiques. Peut-être que l'état anxio-dépressif, présent avant l'accident incriminé, a été potentialisé par celui-ci, ou peut-être y a-t-il des raisons non médicales qui pourraient jouer un rôle dans la persistance de ces plaintes douloureuses invalidantes.

D'une part, Mme F._____ exprime un certain degré de mécontentement vis-à-vis du corps médical. D'autre part, elle a été reconnue invalide à un taux de 43%, ce qui lui ouvre le droit à une rente de l'AI et à une capacité de travail réduite à 60 %. Cette rente

et la reconnaissance d'une capacité de travail réduite ne sont pas des éléments fréquents en présence de ce type de lésions qui ont, par ailleurs, une évolution favorable du point de vue orthopédique.

Il s'agit en l'occurrence de plaintes subjectives qui ne peuvent pas être objectivées, ni quantifiées. Quoi qu'il en soit, la situation ne devrait pas être laissée telle quelle. J'estime qu'une nouvelle évaluation de l'état de cette assurée devra être effectuée au plus tard dans un an.

Facteurs étrangers à l'accident :

3.2 Y a-t-il sur la base des documents médicaux établis des facteurs étrangers à l'accident ? si oui, lesquels ?

Le seul élément étranger à l'accident du 14.11.2010 est l'état anxio-dépressif préexistant.

Lors de notre entretien, Mme F. _____ affirme que cet état n'existe plus.

Au vu de mes précédentes réponses, les questions n° 3.3, n° 3.4, n° 3.5 et n° 3.6 sont sans objet.

3.7. Si le statu quo ante/sino ne devait pas encore être atteint, est-ce que qu'il est envisageable qu'il soit atteint

En raison des lésions subies au membre inférieur droit, il n'y aura jamais de statu quo ante ou de statu quo sine.

4.- Incapacité de travail

4.1. Comment évaluez-vous l'incapacité de travail dans le cadre d'un emploi à plein temps (100%) consécutive à l'accident du 14.11.2010

Depuis le 1^{er} mai 2016, Mme F. _____ travaille à un taux de 60% dans la profession de secrétaire-assistante.

Il s'agit d'une activité adaptée pour laquelle l'assurée a suivi une réadaptation professionnelle auprès de l'A.I.

Les restrictions émises, à savoir :

- pas de station debout prolongée,
- pas de position fixe prolongée,
- pas d'effort ni de port de charge de plus de 5 kg,
- pas de travail en position à genoux ou accroupie,
- pas de montée/descente d'échafaudage,

sont pertinentes et doivent être respectées. Mais, tant que secrétaire médicale ou employée de bureau, elle n'aura pas à faire face à ces situations.

4.2. S'il n'est pas raisonnable d'exiger un travail à plein temps dans une activité adaptée quelle serait

la durée par jour (%/heures) raisonnablement exigible dans une activité adaptée ?

Mme F. _____ a commencé un travail à 60% il y a quelques mois. Je propose de maintenir ce taux jusqu'à la fin de l'année 2016.

Au début de l'année 2017, une nouvelle appréciation par son médecin traitant pourrait être utile. A mon avis, il n'y a pas de raison physique qui entrave l'augmentation de son taux de travail à 100% dans une activité adaptée.

Il n'y a aucun risque d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse. La situation est stabilisée. L'assurée ne peut que s'adapter à sa nouvelle situation. Si elle est motivée, l'augmentation de son taux de travail ne devrait pas poser de problème.

[...]

6.- Indemnité pour atteinte à l'intégrité :

6.1. Est-ce qu'il y a une atteinte importante et durable à l'intégrité corporelle suite à l'accident du 14.11.2010 ?

&

6.2. Si oui, à combien s'élève l'atteinte à l'intégrité selon l'annexe 3LAA et la table de la SUVA ?

Oui, il existe une atteinte à l'intégrité corporelle consécutive à l'accident du 14.11.2010.

Selon la table n° 2 de la SUVA, l'assurée entre dans la catégorie des atteintes « Troubles fonctionnels douloureux après fracture » qui donnent un taux d'atteinte à l'intégrité entre 10% et 20%, la moyenne étant de 15%. C'est ce taux moyen de 15% que je retiens pour Mme F. _____. Ce taux prend en considération le discret raccourcissement du membre inférieur droit, le défaut de rotation et surtout la symptomatologie douloureuse ».

Par décision du 30 janvier 2017, S. _____ a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, considérant que l'état de santé était stabilisé et que le taux d'invalidité était nul, le salaire avec invalidité, fixé à 61'100 fr., étant supérieur au salaire sans invalidité qui s'élevait à 56'995 francs. Elle a en revanche alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 18'900 fr., correspondant à 15 %, tel que fixé par le Dr B. _____, du montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident, soit 126'000 francs.

Le 2 mars 2017, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, contestant le taux d'invalidité retenu. Elle a fait valoir que sa capacité de travail n'étant que 60 %, elle devait se voir allouer une rente d'invalidité annuelle de 19'552 fr., correspondant au 80 % du 40 % manquant. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intéressée a soutenu qu'il convenait de tenir compte d'un taux d'indemnisation de 30 % pour une hanche partiellement bloquée et douloureuse, de sorte que l'indemnité devait s'élever à 37'800 francs. En outre, elle a contesté le montant du salaire pris en compte pour le calcul de l'indemnisation dans le cadre de l'assurance-accidents complémentaire selon la LCA. Elle a joint à son opposition un rapport du 25 février 2017 de la Dresse M._____, selon lequel il persistait chez l'assurée des douleurs fémorales et glutéales droites positionnelles et météo-dépendantes, laquelle marchait environ une heure par jour et faisait environ quinze minutes d'exercice le matin pour la mise en route. Sur le plan psychologique, cette praticienne a indiqué qu'il n'existait plus de suivi psychologique, mais qu'elle voyait l'intéressée régulièrement, environ une fois par mois, pour un soutien global et un accompagnement dans le cadre de la reprise de son travail à 60 %.

Par décision sur opposition du 6 novembre 2017, S._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 30 janvier 2017. S'agissant du taux d'invalidité, l'assurance a estimé que les séquelles objectives de l'accident n'empêchaient pas une occupation à 100 % dans une activité adaptée, ce à quoi ne s'opposaient pas non plus le quart d'heures d'exercices matinaux et l'heure de marche journalière mis en évidence par la Dresse M._____. Soulignant que l'assureur-accidents n'était pas lié par la décision de l'assurance-invalidité, S._____ a confirmé que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert. S'agissant de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, S._____ a estimé qu'il n'existait aucune raison objective et fondée de s'écarter de l'expertise du 15 novembre 2016 réalisée par le Dr B._____ et de revenir sur le taux d'indemnisation fixé par l'expert. Eu égard au volet assurance-complémentaire LCA, elle a également maintenu le taux fixé à 15 %.

B. Par acte du 7 décembre 2017, F._____, représentée par Me Philippe Baudraz, a recouru contre la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme en ce sens que lui soit allouée une rente LAA complémentaire pour les mois de juillet 2015 et janvier à avril 2016 pour un montant de 5'232 fr. 50, une rente d'invalidité complémentaire de 1'441 fr. dès le 1^{er} mai 2016 et une atteinte à l'intégrité corporelle de 37'800 francs. Sur le fond, elle fait valoir que le Dr B._____ a erré en appliquant le barème relative à la cheville droite, alors qu'il aurait fallu appliquer celui concernant sa hanche puisqu'elle souffre de la cuisse et de la hanche droites à cause de ses lésions au fémur, et qu'il convenait d'appliquer un taux de 30 %. Elle soutient en outre que l'intimée ne pouvait s'écarter du taux d'invalidité de 43 % fixé par l'OAI, la notion d'invalidité valant pour tous les domaines de la sécurité sociale. Elle conteste la valeur probante de l'expertise du Dr B._____, alléguant que celui-ci s'est livré à un examen superficiel, sans tenir compte des éléments pertinents des rapports médicaux précédents et se contredisant. La recourante conteste également le calcul de la rente auquel a procédé l'intimée.

Dans sa réponse du 13 mars 2018, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. S'agissant du degré d'invalidité, l'intimée fait valoir que la comparaison des revenus, dont les montants ne sont pas contestés par la recourante, ne laisse apparaître aucune perte économique. Elle soutient en outre que le Dr B._____ a appliqué à juste titre le barème relatif à l'articulation tibio-tarsienne puisque c'est celle-ci qui présente un défaut de rotation.

Répliquant le 17 août 2018, la recourante confirme ses conclusions. Elle requiert, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique et psychiatrique visant à déterminer le taux d'invalidité ainsi que le lien de causalité entre l'accident et ses souffrances invalidantes actuelles, la production du dossier AI, ainsi que l'audition de divers témoins. Sur le fond, elle souligne que seul le Dr B._____ préconise une reprise du travail à 100 %, soulignant que la Dresse M._____ concluait à une reprise du travail à

60 % dans son rapport du 25 février 2017. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle persiste à invoquer que le problème se situe au niveau de l'articulation de la hanche, notamment en raison du clou qui sera présent dans son fémur à vie, soulignant que les médecins anticipent déjà une future arthrose de la hanche.

Dans sa duplique du 30 août 2018, l'intimée maintient ses conclusions. Hormis la production du dossier AI, elle considère que les mesures d'instruction requises par la recourante ne sont pas nécessaires. Elle confirme en outre le taux de 15 % retenu pour le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant le taux moyen s'appliquant aux troubles fonctionnels douloureux après fracture. Elle fait enfin état d'un projet de décision de l'OAI tendant à la suppression de la rente d'invalidité.

Sur requête de la juge instructrice, le dossier AI de la recourante a été versée à la procédure le 19 octobre 2018.

Le 30 janvier 2019, la recourante s'est déterminée sur le dossier AI, soutenant que le diagnostic de troubles anxieux-dépressifs antérieurs à l'accident n'est fondé sur aucun élément concret et qu'il n'a aucune incidence sur sa capacité de travail. Elle fait en outre valoir que l'appréciation de l'OAI quant au taux d'invalidité est plus pertinente que l'estimation du Dr B._____ et qu'il doit par conséquent être retenu un taux d'invalidité de 43 % pour les mois de juillet 2015 à avril 2016. Sur cette base, elle confirme ses conclusions.

Le 13 février 2019, l'intimée maintient ses conclusions, ainsi que son calcul de comparaison des revenus. Elle allègue qu'une activité à 100% dans une activité adaptée est exigible dès la fin des mesures de reconversion professionnelles de l'AI.

C. Par décision du 19 février 2018, faisant suite à un projet de décision du 9 janvier 2018, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante avec effet au 31 mars 2018. L'OAI a retenu que suite à une amélioration de son état de santé, la recourante avait pu augmenter son

taux d'activité à 70 % depuis le 1^{er} juin 2017. La comparaison des revenus à cette même date laissait désormais apparaître une perte de gain de 23'758 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 37 %, insuffisant pour maintenir son droit à une rente d'invalidité.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 6 novembre 2017, à refuser d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante et à fixer à 15 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification).

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

Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'invalidité est définie comme 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation 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).

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 3).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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 - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement

médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. Dans le cas particulier, est contestée l'étendue des séquelles induites par l'accident du 14 novembre 2010, tant sur le plan somatique que sous l'angle psychique.

a) A titre liminaire, on notera que la recourante a bénéficié d'une mesure de réadaptation professionnelle dès le 1^{er} avril 2013 au Centre Orif de [...] à 50 %. Après l'obtention d'un diplôme de secrétaire médicale délivré par l'école [...] le 3 juillet 2015 (cours suivis à 50 %), la recourante a été placée à l'essai à 50 % dès le 6 juillet 2015 auprès du groupe [...], puis dès le 12 novembre 2015 auprès de C._____ Sàrl en tant que secrétaire back office à 60 % avec un engagement à compter du

6 janvier 2016 et non le 1^{er} mai 2016 comme retenu par l'intimée dans la décision sur opposition litigieuse. L'intimée a versé des indemnités journalières à l'assurée jusqu'au 31 mars 2013, puis semble-t-il au Centre social régional de [...] (lettre du 12 août 2013 relative à la subrogation légale dans les droits du bénéficiaire ; déterminations de la recourante du 30 janvier 2019) de juillet à fin septembre 2013 en raison d'une incapacité de travail totale. Par courrier du 17 avril 2014 à l'assurée, l'intimée a confirmé que sa prise en charge se limitait à des prestations de soin en lien avec l'accident, l'intéressée percevant des indemnités journalières de l'assurance-invalidité dans le cadre de la mesure de reclassement professionnel (du 1^{er} janvier au 30 juin 2013 ; du 1^{er} octobre 2013 au 30 juin 2015 ; du 1^{er} août au 31 décembre 2015 ; décision du 24 octobre 2016 de l'OAI, p.2).

b) Il sied à présent de déterminer les atteintes à la santé se trouvant dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 14 novembre 2010.

aa) Se fondant sur le rapport d'expertise du 22 novembre 2016 du Dr B._____, S._____ a, par décision sur opposition du 6 novembre 2017, considéré qu'aucune constatation objective ne justifiait un taux d'occupation réduit, respectivement que les séquelles objectives de l'accident n'empêchaient en rien l'exercice d'une activité adaptée à 100 %. A cet égard, l'intimée s'est référée au certificat médical du 25 février 2017 de la Dresse M._____ mentionnant que sa patiente avait besoin d'un quart d'heures d'exercices matinaux pour la mise en route et une marche journalière d'une heure, soit deux éléments qui, selon l'intimée, ne s'opposaient pas à la reprise d'un emploi à 100 %. L'intimée a en outre considéré qu'elle n'était pas tenue de suivre la décision de l'assurance-invalidité, dès lors que celle-ci avait pris en considération les troubles psychiques préexistants. Pour sa part, la recourante a contesté la pleine exigibilité retenue par l'intimée, estimant sa capacité de travail à 60 %, ce qui rejoindrait par ailleurs l'évaluation faite par l'OAI de son taux d'invalidité de 43 % dont il n'y aurait pas lieu de s'écarter.

bb) Sur le plan psychiatrique, il ressort du dossier que la recourante a été suivie durant son hospitalisation par le service de psychiatrie de liaison en raison d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive et un stress post-traumatique (rapport du 18 mai 2011 du Dr N._____). Un équilibre psychique fragile était encore signalé en 2014 pouvant justifier des entretiens psychothérapeutiques de soutien, au moins jusqu'à la concrétisation de sa réinsertion professionnelle (rapport du 4 novembre 2014 de la Clinique P._____). Dans un rapport SMR du 12 mai 2015, le Dr W._____ a procédé à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée et a conclu que le status après trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse n'était pas du ressort de l'AI, la capacité de travail dans une activité adaptée étant partielle en raison d'une atteinte somatique uniquement. Finalement, dans le cadre de l'examen clinique auprès de l'expert B._____, la recourante a déclaré qu'elle allait bien et qu'elle n'était au bénéfice d'aucun traitement, ni suivi psychiatrique (rapport d'expertise du 22 novembre 2016, p. 9). Dès lors, la Cour de céans retient que l'assurée ne présentait plus de troubles psychiques à la date de la décision attaquée, étant précisé que contrairement à l'opinion de l'intimée, l'OAI n'a pas tenu compte d'un volet psychique dans l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée.

cc) Sur le plan somatique, si dans un premier temps, une algoneurodystrophie de la cheville droite avait été suspectée par la Dresse M._____ (cf. rapport du 4 février 2011), ce diagnostic a ensuite été écarté par la Dresse K._____. Quant aux médecins de la Clinique P._____, s'ils ont fait état de limitations fonctionnelles, celles-ci se recoupent avec celles mises en évidence par le Dr B._____. Ils ont en outre considéré que la situation était stabilisée sur le plan médical, mis en évidence l'absence de boiterie et estimé qu'un gain sur le plan de l'endurance pouvait être attendu. Postérieurement à ce constat, l'assurée a d'ailleurs repris une activité professionnelle à 60 % dans le cadre d'une mesure de réadaptation professionnelle mise en place par l'AI.

Dans son rapport d'expertise, le Dr B._____ a retenu comme conséquences de l'accident de la circulation, un léger raccourcissement

d'environ un centimètre du membre inférieur droit et une rotation interne d'environ 10° consécutive à la fracture fémorale, mais n'a en revanche pas expliqué la symptomatologie douloureuse persistante du membre inférieur droit et du rachis lombaire, précisant à cet égard que les examens n'avaient rien démontré d'anormal. Selon le Dr B._____, la symptomatologie douloureuse de la jambe droite, même si elle ne s'expliquait pas de manière objective, pouvait encore être en relation avec le foyer de fracture et la musculature traumatisée (cicatrices musculaires internes), ce qui n'était pas le cas des rachialgies non spécifiques. Quant aux limitations fonctionnelles, elles commandaient l'exercice d'une activité sans station debout ni position fixe prolongées, sans effort ni port de charge de plus de 5 kg, sans travail à genoux ou accroupi et sans montée ou descente d'échafaudages. L'expert a souligné que l'activité de secrétaire médicale, respectivement d'employée de bureau, respectait ces limitations et constituait une activité adaptée pour laquelle l'intéressée avait précisément suivi une réadaptation professionnelle auprès de l'assurance-invalidité. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'appréciation de l'expert B._____ est plus nuancée que la conclusion à laquelle est parvenue l'intimée, puisqu'il a estimé que le taux de 60 % auquel la recourante avait repris son activité professionnelle auprès de C._____ Sàrl devait être maintenu jusqu'à fin 2016. S'il a constaté que la recourante ne présentait aucune atteinte au rachis pouvant être attribuée à un substrat clairement objectivé, il a admis que les douleurs étaient à mettre en relation avec le foyer de fracture et la musculature traumatisée entraînant la reconnaissance d'une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée à tout le moins jusqu'à fin 2016. Une telle atteinte a bien été décrite par le Dr X._____ (rapport du 9 juillet 2013) lequel a constaté sur les radiographies la présence d'un énorme cal à proximité des muscles extenseurs, respectivement du quadriceps. Ce praticien a en outre évoqué des douleurs dues au clou et au matériel d'ostéosynthèse, ainsi qu'à des adhérences parmi les tissus musculaires. Dans un rapport du 21 mars 2016 à l'OAI, la Dresse M._____ avait à cet égard indiqué que les douleurs empêchaient la mise en route le matin. On rappellera au demeurant que le contrat de travail de l'assurée avec l'entreprise C._____ Sàrl précise que la répartition et

l'organisation du temps de travail sont en principe laissées à la libre appréciation de l'intéressée, sous réserve de cinq heures de travail effectif par jour, du lundi au vendredi, devant être effectuées entre 9h et 17h.

L'expert B._____ a préconisé une nouvelle appréciation par le médecin traitant début 2017, tout en soulignant que selon lui, il n'existait pas de raison physique entravant l'augmentation de l'exigibilité à 100 % dès la période précitée. L'appréciation de l'expert B._____ démontre que le cas n'était pas stabilisé, mais que la situation médicale était en évolution, étant précisé que l'expert a préconisé des mesures thérapeutiques. A réception du rapport d'expertise, l'intimée devait suivre les indications de l'expert, en réactualisant le dossier début 2017, soit en demandant à la Dresse M._____ de se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente dès 2017. Le certificat médical du 25 février 2017 de la Dresse M._____ produit par l'assurée dans le cadre de son opposition fait état de douleurs persistantes fémorales et glutéales droites positionnelles et météo-dépendantes, mais ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'intéressée et ne donne pas de précision quant au temps de mise en route, respectivement si la marche d'une heure par jour doit être pratiquée durant le temps de travail habituel. Enfin, l'expert B._____ a insisté sur la nécessité d'approfondir la question des irradiations douloureuses.

c) Compte tenu des lacunes de l'instruction, il convient de relever que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière complète. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Une fois les pièces médicales récoltées attestant de la situation médicale de la recourante dès 2017, il conviendra d'interpeller une nouvelle fois le Dr B._____ pour compléter son appréciation ou alors de mettre en place une nouvelle expertise médicale, étant ici réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune (art. 44 LPGA).

Sur le plan économique, on notera que l'intimée a chiffré le revenu sans invalidité à 56'995 fr. sans toutefois détailler son mode de calcul. En outre, le litige porte également sur la détermination du gain assuré, sur la base duquel la rente d'invalidité est calculée. Or, l'intimée n'a pas indiqué sur quelle base légale elle s'était fondée pour procéder au calcul du gain assuré (art. 15 LAA, 22 et 24 OLAA [ordonnance du 29 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Il lui appartiendra dès lors également d'approfondir ces questions.

5. Finalement, il reste encore à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience

professionnelle, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte n'est que partielle.

b) En l'espèce, dans son rapport du 22 novembre 2016, le Dr B. _____ - seul médecin à s'être prononcé sur la question - a retenu que l'examen clinique de l'assurée démontrait un léger raccourcissement d'environ un centimètre du membre inférieur droit et une rotation interne d'environ 10° consécutive à la fracture fémorale, ainsi qu'une symptomatologie douloureuse. Sur cette base, il a estimé qu'il existait une atteinte à l'intégrité corporelle consécutive à l'accident, faisant entrer

l'intéressée dans la catégorie des atteintes « *Troubles fonctionnels douloureux après fracture* » et retenant un taux moyen de 15 % prenant en considération le discret raccourcissement du membre inférieur droit, le défaut de rotation et surtout la symptomatologie douloureuse.

Pour sa part, la recourante estime que la location de ses douleurs oriente davantage dans la région de la hanche et doit être assimilée à une hanche partiellement bloquée et douloureuse, ce qui, selon les tables de la CNA, déterminerait un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 %.

c) L'appréciation du Dr B. _____ ne saurait être suivie en l'état. En effet, ce spécialiste n'exclut pas que le discret raccourcissement du membre inférieur droit et le défaut de rotation interne puissent provoquer des efforts mécaniques au niveau de la charnière lombo-sacrée, voire au niveau de la sacro-iliaque droite. La question des éventuels efforts mécaniques peut se poser sous l'angle de la table d'indemnisation n° 2, dès lors que seuls le raccourcissement du membre inférieur droit, le défaut de rotation et les douleurs ont été pris en compte dans la fixation du taux de 15 %. Il appartiendra dès lors à l'intimée de procéder à une instruction complémentaire sur ce point.

d) Sur le vu des éléments précités, le recours doit être également admis sur ce point, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants, avant nouvelle décision.

b) La recourante voit ses conclusions admises, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimée. Il convient de fixer cette indemnité à 3'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision de la juge instructrice du 11 décembre 2017, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 décembre 2017 et a obtenu, à ce titre, la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Philippe Baudraz. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 13 mai 2019. Il a chiffré ses opérations à 39 heures et 54 minutes et ses débours à 1'169 fr. 95.

Après examen des opérations effectuées, il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. En particulier, les 27 heures et 24 minutes chiffrées pour la rédaction du recours (11h54), de la réplique (6h30) et des déterminations complémentaires (9h) sont exagérées et doivent être réduites à 22 heures. Me Baudraz a indiqué à cinq reprises avoir consacré 24 voire 30 ou 36 minutes à des courriers où il s'est limité à demander une prolongation de délai à la Cour de céans avec envoi d'une copie à sa cliente et à l'intimée. Il a d'ailleurs attribué de manière générale 12 minutes par lettre adressée à sa cliente pour lui transmettre une copie des courriers qu'il avait adressés ou reçus le même jour de la Cour de céans, également s'agissant de courriers concernant uniquement l'octroi à l'intimée, par la Cour, de la prolongation de délai qu'elle avait demandée. Par ailleurs, compte tenu des dates de rédaction, plusieurs courriers ou mémos adressés à sa cliente paraissent concerner la procédure en matière d'assurance-invalidité et ne sauraient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Le temps consacré à des appels téléphoniques avec sa cliente est également excessif. Il convient procéder à une réduction de 5h à ce titre.

Partant, pour l'année 2017, il y a lieu de prendre en considération un total de 12 heures et 6 minutes effectuées par Me Baudraz, au tarif horaire de 180 fr., soit 2'178 francs. A cette somme s'additionne la TVA de 8 % par 174 fr. 25, pour un total de 2'352 fr. 25. Un montant de 108 fr. 90 – soit 5 % de 2'178 fr. (art. 3^{bis} al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) – plus 8 % de TVA, soit 117 fr. 60, doit également être ajouté. Pour 2017, le total est donc de 2'469 fr. 85.

Concernant les années 2018 et 2019, il y a lieu de prendre en considération 17 heures et 24 minutes, pour un montant de 3'132 fr., plus la TVA de 7.7 % par 241 fr. 15, soit 3'373 fr. 15. Pour les débours, il y a lieu d'appliquer un forfait (art. 3^{bis} al. 1 RAJ), soit 156 fr. 60 en l'occurrence (5 % de 3'132 fr.), TVA de 7.7 % en sus, soit 168 fr. 65. Pour 2018-2019, le total se chiffre ainsi à 3'541 fr. 80.

L'indemnité totale est donc arrêtée à 6'011 fr. 65 (2'469 fr. 85 + 3'541 fr. 80), débours et TVA compris.

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 3000 fr., le solde de 3'011 fr. 65 (6'011 fr. 65 fr. - 3'000 fr.) est provisoirement supporté par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] et 18 al. 5 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 novembre 2017 par S._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants avant nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. S._____ SA versera à F._____ une indemnité de dépens de 3'000 fr. (trois mille francs).

V. L'indemnité d'office de Me Philippe Baudraz, conseil de F._____, est arrêtée à 3'011 fr. 35 (trois mille onze francs et soixante-cinq centimes), 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 Philippe Baudraz (pour F._____),
- Me Martin Burkle (pour S._____ SA),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :