

VD_GERICHTE ZE13.040135 vom 18. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE13.040135

FR: VD_GERICHTE ZE13.040135 du 18 juin 2015

IT: VD_GERICHTE ZE13.040135 del 18 giugno 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 38/13 - 23/2015 ZE13.040135 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 18 juin 2015 _____ Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges Greffière : Mme Barman Ionta *****
Cause pendante entre : B. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et A. _____ Caisse maladie, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 72 al. 2 LAMal ; 6 LPGA 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1972, a travaillé dès le 1er février 2011 en qualité d'aide infirmière dans un établissement médico- social, la Résidence [...] à [...]. Elle était à ce titre assurée auprès d'A. _____ contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Elle bénéficiait également d'une assurance d'indemnités journalières maladie LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance- maladie, RS 832.10) auprès de cette compagnie d'assurances. Le 13 juin 2011, dans le cadre de son travail, l'assurée a chuté sur le sol en tentant de rattraper une résidente ; dans sa chute, elle s'est tapé le bas du dos sur la barrière métallique du lit. Une contusion lombaire a été diagnostiquée par la Dresse W. _____ du Centre médical de [...], et de courtes incapacités de travail, les 13 et 14 juin puis du 17 au 26 juin 2011, ont été prescrites. Le traitement médical a pris fin le 20 juin 2011, date de la dernière consultation chez son médecin traitant, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale. Ensuite de la déclaration de sinistre complétée le 23 juin 2011 par l'employeur, A. _____ est intervenue dans la prise en charge des conséquences de cet événement dans le cadre de l'assurance-accidents. B. Le 11 novembre 2011, en raison de douleurs permanentes du bas du dos depuis l'accident, l'assurée s'est rendue en consultation chez le Dr I. _____, lequel a attesté une nouvelle incapacité de travail de 100% dès le jour de la consultation. Par déclaration de sinistre du 19 novembre 2011, l'assurée a annoncé à A. _____ une rechute de l'accident du 13 juin 2011. Elle a ensuite précisé, dans le « questionnaire annonce de rechute » complété le 6 décembre suivant, souffrir de douleurs permanentes dans le bas du dos et les fesses depuis l'accident.

- 3 - Le 23 novembre 2011, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire a été réalisée ; il apparaissait une discopathie L5-S1 avec légère réaction inflammatoire des plateaux vertébraux adjacents, une hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement luxée inférieurement susceptible d'irriter la racine S1 gauche, une hypertrophie des ligaments jaunes contribuant à rétrécir le canal lombaire ainsi que des signes de sacro-iléite droite. Dans un rapport médical initial LAA du 9 janvier 2012, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assurée le 22 novembre

2011, laquelle se plaignait de lombosciatalgie gauche, d'une hypersensibilité L4-L5 gauche, d'une surcharge de l'articulation sacro-iliaque gauche et d'une lésion discale sévère L5-S1. Il a mentionné que la décompensation aiguë des lésions discales, particulièrement à l'articulation sacro-iliaque, était due uniquement à l'accident. Il a attesté une incapacité de travail totale du 22 novembre 2011 au 10 janvier 2012. Le dossier de l'assurée a été soumis au médecin-conseil d'A. _____ aux fins de savoir si les troubles pour lesquels elle avait consulté dès le 11 novembre 2011 étaient en relation avec l'événement du 13 juin 2011. De l'avis du médecin-conseil du 26 janvier 2012, la causalité n'était que possible au vu des troubles dégénératifs mis en évidence par l'IRM et le statu quo sine était atteint le 26 juin 2011 à la reprise du travail, respectivement à la date de fin du premier traitement. L'assurée a été licenciée avec effet au 31 janvier 2012. Dans un courrier du 26 février 2012 adressé au conseil de l'assurée, le Dr Z. _____ a mentionné que l'événement traumatique du 13 juin 2011 était l'élément déclencheur des signes cliniques ayant nécessité l'incapacité de travail, précisant que l'anamnèse des problèmes de colonne vertébrale avec les dates d'apparition des signes cliniques coïncidait avec la date de l'accident. Il ajoutait que l'aspect de la lésion

- 4 - discale entre la cinquième vertèbre lombaire et la première vertèbre sacrée, telle que visualisée par l'IRM du 23 novembre 2011, montrait la présence d'un signe de Modic de type un, donc une instabilité récente du disque intervertébral. Il considérait que l'assurée avait pris trop rapidement le parti de continuer son travail au mépris de sa santé et des douleurs ressenties ; cette attitude avait entraîné une décompensation de la pathologie du rachis lombaire constatée lors de l'examen du 22 novembre 2011. Le Dr I. _____ s'est prononcé dans un rapport médical initial LAA le 16 mars 2012, retenant le diagnostic de lombosciatalgies gauches. Il estimait que les lésions n'étaient pas uniquement dues à l'accident, évoquant un faux mouvement avec la survenue d'une douleur exquise. A la demande d'A. _____, une expertise médicale a été effectuée le 1er juin 2012 par le Dr L. _____, spécialiste en neurologie. Dans le rapport du 5 juillet 2012 en résultant, le Dr L. _____ posait les diagnostics de status après contusion lombo-sacrée le 13 juin 2011 et de développement d'un syndrome douloureux chronique secondaire. Il relevait un tableau douloureux floride, dépassant largement les suites de l'accident, et soulignait que les remarques du Dr Z. _____ quant à l'existence d'une instabilité dorsolombaire ne lui semblaient pas pertinentes pour expliquer la symptomatologie dépassant largement un contexte locorégional comme il le décrivait ; l'ensemble de la symptomatologie était améliorée lorsque l'expertisée se levait et bougeait, et le fait que la douleur réapparaissait lors des activités ménagères, de travail ou de port de charges n'était pas suffisant pour expliquer l'existence d'une telle pathologie. Il n'existait aucune atteinte neurologique limitant l'assurée dans ses activités professionnelles et le traumatisme avait été insuffisant pour engendrer des lésions disco- ligamentaires importantes. Il estimait que les douleurs directement inhérentes à une contusion lombaire devaient être limitées à la deuxième reprise de travail, le 26 juin 2011.

- 5 - Par décision du 29 octobre 2012, confirmée par décision sur opposition du 12 mars 2013, A. _____ a mis un terme aux prestations d'assurance LAA au 26 juin 2011, refusant de ce fait la prise en charge de la rechute annoncée dès le 11 novembre 2011. Elle considérait que les différents avis médicaux étaient parfaitement superposables et s'accordaient pour constater que l'événement du 13 juin 2011 n'avait engendré aucune lésion disco-ligamentaire importante ni lésion osseuse. Elle suivait dès lors l'avis de son médecin-conseil et de l'expert L. _____, selon lequel le statu quo pouvait être posé à la

date de la fin de la première série de traitements. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision sur opposition du 12 mars 2013 est entrée en force. C. En parallèle, et à compter du 11 novembre 2011, A._____ est intervenue pour la prise en charge de l'indemnité journalière maladie. Afin de se déterminer quant à la poursuite du versement des indemnités journalières, elle a décidé de diligenter une expertise pluridisciplinaire auprès du Bureau d'Expertises médicales à Vevey (ci- après : BEM). Au vu des réticences exprimées par l'assurée, A._____ a formellement pris position sur la question de la nécessité et des modalités d'une expertise pluridisciplinaire par le biais d'une décision incidente du 7 novembre 2012, entrée en force au terme du délai de recours. Dans un courrier adressé au médecin-conseil d'A._____ le 4 février 2013, le Dr H._____, psychiatre, a expliqué avoir reçu en consultation, le 14 mars 2012, une patiente extrêmement déprimée et désespérée par sa situation physique (douleurs importantes la limitant dans ses mouvements), professionnelle (arrêt de travail entraînant un risque important de perte de son emploi) et assécurologique (conflit autour de l'attribution de ses problèmes physiques et psychologiques à l'accident du 13 juin 2011). Selon lui, on pouvait cliniquement parler d'état

- 6 - anxiodépressif sévère, étant précisé que l'accident s'était produit dans un contexte de solitude quasi-totale ; l'assurée n'avait pas tissé de liens sociaux solides depuis son arrivée en Suisse en 2005 et sa fille était partie à Lyon pour ses études. L'incapacité de travail demeurait totale, sa patiente n'étant toujours pas prête à reprendre le travail, même à temps partiel, et il ignorait dans quelle mesure son cahier des charges pourrait être adapté aux fins de ménager son dos, raison pour laquelle une demande de prestations de l'assurance-invalidité avait été déposée en vue d'une réadaptation professionnelle.

A._____ a en outre pu prendre connaissance du rapport adressé le 18 septembre 2012 par le Dr H._____ à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après : l'OAI) ; il était mentionné une « véritable et profonde dépression » en raison des douleurs et limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne, et d'une incapacité de travail de longue durée ayant engendré son licenciement. La réaction de son employeur et celle de l'assurance avaient, selon les termes du Dr H._____, eu raison de sa capacité de résistance et donnaient lieu à une véritable PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). L'assurée a été examinée le 11 février 2013 au BEM par la Dresse F._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expertise a été réalisée sur la base du dossier d'A._____, des documents médicaux de l'assurance-invalidité, des examens rhumatologique et psychiatrique et du dossier radiologique de l'assurée. Dans leur rapport du 17 avril 2013, les experts ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de spondylodiscarthrose lombaire sans radiculopathie ni myélopathie (M 47.8) et de trouble panique (F 41.0) ; ils ont retenu comme sans répercussion sur la capacité de travail un status après contusion lombaire en juin 2011 (S 30.0), une insuffisance pondérale (E 45), un status après appendicectomie par voie laparoscopique et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Sur le plan somatique, la Dresse F._____ s'est prononcée notamment en ces termes :

- 7 - « [Le Dr Z._____] a en effet demandé d'emblée un examen neuroradiologique. Sur sa demande d'examen figure la notion d'une lésion discale L5-S1, que nous confirmons, des signes d'irritation L5 gauche et une surcharge de la sacro-iliaque gauche. Nous pensons que cette dernière notion émane de son status clinique car le cliché standard dont il disposait

et qui est le même que celui qui a été mis à notre disposition ne montre pas de lésion spécifique de la sacro-iliaque gauche. Nous relevons que sur sa prescription à une IRM, le Dr Z. _____ ne fait pas mention d'un accident. Il est habituel de signaler ce fait au radiologue lorsque nous prescrivons des examens car cela incite le radiologue à chercher attentivement une lésion traumatique avec des techniques appropriées. Dans son rapport au Dr I. _____ du 12.12.2011 le Dr Z. _____ fait état d'une « maladie discale » que nous confirmons, il ne se réfère nullement à un traumatisme. La notion d'accident (juin 2011) n'était donc à ce moment-là pas au-devant de la scène dans l'évaluation du Dr Z. _____ qui a en revanche bien noté la discarthrose L5-S1. L'IRM lombaire confirme la discarthrose L5-S1 avec une légère réaction inflammatoire des plateaux adjacents. L'analyse des stades de Modic me fait retenir un stade Modic II mais le radiologue ne le précise pas. Il s'associe une protrusion discale paramédiane gauche légèrement luxée vers le bas qui pourrait irriter la racine S1. Nous soulignons l'absence de corrélation radio-clinique car le Dr Z. _____ évoquait une irritation L5. Enfin la sacro-iliaque gauche est jugée indemne, ce qui renforce l'idée que c'est cliniquement que le Dr Z. _____ a noté une surcharge de ce côté-ci. En revanche, la sacro-iliaque droite montre un discret oedème sous-chondral, sans corrélation clinique non plus si l'on se réfère à la description du Dr Z. _____. Cet examen confirme l'état antérieur d'une importante atteinte dégénérative à l'étage L5-S1, sans signe radiculaire concordant avec la clinique, sans menace compressive significative. Dans le rapport qui vous est adressé le 09.01.2012 le Dr Z. _____ confirme avoir prodigué ses premiers soins à sa patiente le 22.11.2011, il confirme que l'atteinte radiculaire se porte sur les dermatomes L4-L5 à gauche, ce qui ne concorde pas avec une petite hernie discale L5-S1 luxée vers le bas, et une surcharge de la sacro-iliaque gauche. Il admet une causalité avec l'accident sans doute sur les bases anamnestiques car il n'y a pas d'élément à l'IRM évoquant une fracture, une fissure, une lésion traumatique évidente. Le radiologue, le Dr M. _____ de son côté ne décrit pas de lésion d'allure traumatique en ayant analysé l'IRM. Les actes du dossier nous amènent au rapport du Dr Z. _____ à l'avocat de l'expertisée qui s'est vue licenciée en fin d'année 2012 alors qu'elle était à l'arrêt de travail. Mme a précisé qu'elle avait pris le conseil d'un avocat contre ce licenciement qu'elle estimait abusif.

- 8 - Le Dr Z. _____ se détermine dans ce rapport de manière très claire sur le fait que pour lui l'événement traumatique du 13.06.2011 est l'élément déclencheur des signes cliniques justifiant l'incapacité de travail totale qu'il avait reconduite depuis 3 mois. Post hoc proper hoc, notre confrère a pris note que sa patiente lui avait révélé l'absence de problème de dos avant l'accident. La coïncidence entre la chute et les plaintes lui apparaît suffisante. L'aspect IRM de la discopathie est décrite sous l'angle de l'aspect congestif. Il estime qu'on se trouve à un stade Modic I et admet que cela constitue une instabilité récente. Je note pour mon compte un hyposignal en T1 évoquant plutôt que le stade congestif est dépassé. Il considère que Mme a trop rapidement repris son travail au mépris de sa santé et plus grave, que cela a entraîné une décompensation de cette pathologie. Je ne sais pas à quelle référence mon confrère fait appel pour cette affirmation. Deux médecins se sont penchés sur la situation de Mme B. _____ en phase aiguë, la Dresse W. _____ qui a fait un diagnostic de contusion lombaire, elle a étayé son diagnostic par une radiographie. Nous n'avons aucun argument scientifique probant pour contester ce diagnostic initial. Une contusion lombaire sans signe d'appel neurologique, ce qui était le cas, guérit spontanément, les douleurs s'amendent généralement en quelques jours avec le traitement symptomatique. Rappelons qu'il s'agissait d'une contusion lombaire simple sans

affrontement articulaire, sans ouverture inter-lamaire, sans modification ligamentaire, sans hypersignal de la moëlle selon les IRM pratiquées par la suite. Les IRM pratiquées à plusieurs mois de l'accident ne montrent pas non plus d'atrophie musculaire segmentaire, ce qui signerait un problème plus grave de dysfonction segmentaire, non identifié précocement. Nous ne préconisons pas de repos intempestif dans ces situations car il est délétère. Le repos au lit est nécessaire en phase initiale, généralement le premier jour. Le repos favorise rapidement un déconditionnement du dos, et n'améliore pas le pronostic à long terme, bien au contraire. La récupération est plus rapide chez les patients qui ont repris rapidement leur travail d'autant que l'on s'est assuré les premiers jours que Mme ait un travail allégé. Mme l'a dit spontanément. Ayant toujours mal ce qui est toujours compatible avec le diagnostic, elle est allée voir ensuite son médecin traitant, deuxième médecin consulté en phase aiguë, qui a prescrit un arrêt de travail plus long avec le maintien du traitement symptomatique. Il a encouragé la reprise du travail par la suite, Mme en a été contrariée estimant que sa douleur n'avait pas été prise en compte suffisamment. L'expertise du Dr L. _____ qui a tenu compte des mêmes éléments relate qu'un statu quo était attendu à quelques semaines du traumatisme. Votre médecin conseil l'a établi à juillet 2011. Nous confirmons ce délai.

- 9 - Le Dr Z. _____ qui a prescrit un très long arrêt de travail par la suite n'établit pas, dans les actes du dossier dont nous disposons, de diagnostic différentiel face à l'extension de la douleur, face à l'absence de corrélation entre les trouvailles radiologiques et le niveau de la sciatalgie identifiée initialement selon L5 puis L4-L5 puis actuellement à la totalité du membre inférieur gauche. La littérature nous montre pourtant de manière unanime qu'après avoir écarté les « red flags » (exclusion d'une fracture, d'une hernie discale compressive avec déficit neurologique, exclusion d'une discite, d'une tumeur, d'un rhumatisme inflammatoire), ce qui a été fait par les premiers médecins en juin 2011 puis par le Dr Z. _____ lui-même, on avait clairement chez Mme des « yellow flags » c'est-à-dire des éléments sortant de la concordance bio-mécanique, avec des soucis que Mme a tout de même évoqué en cours d'expertise puis un conflit au travail à l'occasion de son licenciement, puis un conflit asséurologique. La relation entre les facteurs bio- mécaniques pouvant amener au cercle vicieux d'une douleur chronique et les stress psychosociaux sont non seulement connus des praticiens, mais ils sont relatés dans les études cliniques sur les lombalgies communes rebelles. S'il ne fait aucun doute que la discarthrose sévère est devenue symptomatique et que Mme faisait un travail à risque. Nous ne comprenons la poursuite de l'arrêt de travail total qui se poursuit en mars 2012 alors que le Dr Z. _____ évoque un syndrome lombaire modeste. Il évoque aussi la destruction du disque L5-S1 mais comme nous le voyons sur le descriptif des douleurs que nous relate l'expertisée, qui figure sur le schéma anatomique des douleurs, la topographie des douleurs dépasse l'entité anatomique de souffrance du disque L5-S1. Nous avons depuis longtemps perdu la corrélation entre les plaintes et les éléments objectifs. Le Dr I. _____ dans son rapport concomitant en mars 2012 est plus pondéré dans son analyse de la causalité. Pour lui les lésions ne sont pas dues uniquement à l'accident. A l'origine de la décompensation douloureuse de novembre 2011, il évoque un faux mouvement avec la survenue d'une douleur exquise. Il admet à ce moment-là un nouvel arrêt de travail. Ceci rejoint l'indication à l'IRM donnée par le Dr Z. _____ où ne figurait nullement la notion d'un accident. Une première expertise est demandée au Dr L. _____, neurologue un peu plus d'un an après l'accident du 13.06.2011. Notre confrère rend son rapport le 05.07.2012. Il relate le développement d'un syndrome douloureux chronique secondaire, après contusion lombo-

sacrée le 13.06.2011. Il souligne que les plaintes initiales étaient clairement en rapport avec l'accident mais aussi la présence de « yellow flags » avec des conditions professionnelles difficiles, des difficultés d'ordre familial. Il confirme la prise en charge médicale initiale prodiguée de manière adéquate. Il relève un tableau douloureux floride, étendu, dépassant largement le contexte lésionnel régional du disque L5-S1. Il confirme l'absence d'atteinte neurologique médullaire et radiculaire et conclut à un traumatisme qui a été insuffisant pour provoquer des lésions disco-ligamentaires significatives. Il existe une corrélation entre ses constatations,

- 10 - bénignes et les constatations neuroradiologiques sans compression des structures neurologiques. Il réfute la présence d'un dommage permanent et admet la décompensation passagère d'un état antérieur avec un statu quo à 15 jours, voire à un mois de cet accident mineur. Il débat sur les mécanismes ayant [pu] engendrer puis entretenir une douleur chronique. Je rejoins en tous points les éléments de son expertise. Je comprends que l'absence de lésion neurologique ne justifiait plus à ses yeux de limitation de la capacité de travail, mais je ne rejoins pas son appréciation sur le plan rhumatologique avec l'absence de limitation retenue sur le plan musculo-squelettique. La présence d'une discarthrose devenue symptomatique avec lumbago aigu en novembre 2011 dans le cadre d'un travail nécessitant des ports de charges (le transfert de patients) justifie des limitations fonctionnelles dans sa dernière activité. Je confirme le statu quo sine si bien que ces limitations sont à tenir compte pour une réorientation professionnelle sous l'égide de l'AI et sous l'angle d'une maladie dégénérative rachidienne chez une ancienne sportive de bon niveau. Le psychiatre traitant souligne à son tour les facteurs connus pour auto-entretenir le cercle douloureux avec le litige asséculo-logique, son isolement en Suisse. Son nouveau médecin traitant le Dr Y. _____ avec lequel nous avons tenté à plusieurs reprises un contact téléphonique évoque la nécessité d'un travail adapté dans son rapport du 30.10.2012, ce que nous confirmons. Relevons qu'il ne voit sa patiente que de manière trimestrielle. Nous n'avons pas compris ce qui empêchait aux yeux du Dr Z. _____ qu'une intervention précoce de l'AI et des mesures de réinsertion soient mises en place. Qu'en est-il actuellement ? Les douleurs restent très étendues, à une haute intensité décrite mais sans médication importante en relation. De la longue liste de médicaments que Mme nous a présentée, elle n'avait pris le jour de l'expertise qu'un seul comprimé de Zaldiar® (antalgique de palier II) tôt le matin si bien que vu la demi-vie courte de ce médicament, et l'absence d'autre médicament, nous n'avons pas estimé nécessaire d'effectuer un monitoring thérapeutique. Nos examens cliniques ont été réalisés sans l'imprégnation de ses médicaments habituels. Mme décrit un lourd handicap au quotidien et de hauts indices de kinésiophobie selon Tampa (cf. questionnaires annexés). L'examen clinique montre une patiente en insuffisance pondérale, triste mais pouvant s'animer, devenir vive et tonique. Elle est soignée. Elle n'est pas déconditionnée. L'examen de l'appareil locomoteur est parasité de discordances multiples. Une allodynie généralisée est évidente, dépassant largement les sites insertionnels d'une fibromyalgie. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral ni cervical significatif reproductible. La gestuelle

- 11 - spontanée n'est pas limitée. Elle est harmonieuse sans phénomène de protection lombaire. Ses articulations périphériques sont souples. Il n'y a pas d'évidence d'atteinte radiculaire, ni irritative ni déficitaire. Le déficit sensitif annoncé par le Dr Z. _____ en L4 et L5 est largement dépassé puisque Mme évoque une hypoesthésie de tout le membre inférieur gauche sans héminégligence associée, sans trouble proprioceptif. Ce déficit

subjectif très étendu dépasse une entité anatomique reconnue. Au plan radiologique, il est confirmé une discarthrose sévère avec une hernie discale L5-S1 gauche, sans signe compressif radicaire. Cette discarthrose donne lieu à des lésions de Modic évolutives qui se rapprochent sur la dernière IRM du stade non inflammatoire. Cela devrait correspondre à une réduction progressive des symptômes. L'absence d'amyotrophie segmentaire rachidienne et sur le myotome au niveau de cette discopathie sévère est un argument signant l'absence de dysfonction majeure. Etant donné les discordances, les phénomènes d'auto-limitation, pour cette raison, nous n'avons pas jugé utile de faire réaliser des clichés fonctionnels car il est important pour l'analyse que le patient se soumette sans limitation aux mouvements extrêmes qu'il peut réaliser avec son rachis. Ce qui est préoccupant chez cette expertisée c'est l'étendue du symptôme douloureux. La faible réponse aux mesures thérapeutiques voire l'accentuation du trouble sous physiothérapie fait partie des résistances thérapeutiques bien connues des troubles douloureux chroniques somatoformes alors qu'une pathologie rachidienne dégénérative dont les symptômes auraient montré des caractéristiques mécaniques plus nettes, une localisation douloureuse stable, et auraient sans doute mieux répondu au traitement symptomatique bien conduit, selon mon expérience clinique. Le fait que Mme se soit présentée à l'expertise sans avoir pris beaucoup de médication laisse supposer que la douleur garde un degré de tolérance supportable. Elle affichait une tristesse mais pas un fasciès douloureux. Au plan somatique, je conclus à un trouble dégénératif rachidien prédominant à la jonction lombosacrée, constituant un état antérieur à la chute du 13.06.2011 car il est présent sur les premières radiographies le jour-même et une telle atteinte met plusieurs années à se constituer. Cet état antérieur a connu une décompensation passagère que l'on peut évaluer d'une durée d'un bon mois avec restitution d'un statu quo sine dès juillet 2011. Il constitue une limitation relative dans l'activité d'aide-soignante. Si l'on s'en tient à la description de ce type de poste de travail, Mme peut aider une personne âgée dans la guidance de la toilette ou de l'habillage, pour lui apporter ses médicaments, pour l'aider à se rendre aux repas, aider les personnes qui ont encore leur autonomie aux transferts. Elle ne peut plus assurer à elle seule le transfert d'une personne impotente ne pouvant se tenir de manière stable sur ses jambes.

- 12 - Selon le degré d'impotence des personnes d'un home on peut évaluer que cela constitue une IT partielle de l'ordre de 20 % et justifie des mesures professionnelles. Il serait utile à ce stade d'obtenir de l'infirmière cheffe de son ancien poste la répercussion des transferts de personnes ne pouvant faire usage de leurs jambes et de l'équipement du home en moyens auxiliaires pour les transferts. Rappelons qu'il existe des techniques enseignées par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes aux équipes soignantes pour assurer ces transferts de manière ergonomique. Dans une activité adaptée, respectant ces limites et ne nécessitant pas de soulever de manière occasionnelle des charges de plus de 15 kg et répétitives de plus de 5 kg, avec des alternances de position, je ne vois pas de limitation de la CT. Le diagnostic différentiel comportait la survenue d'une maladie invasive osseuse, un rhumatisme inflammatoire axial, une algodystrophie vertébrale. Nous n'avons pas de critère pour des lésions osseuses érosives, pour une spondylarthrite, les sacro-iliaques ne sont pas inflammatoires radiologiquement, il n'y a pas de shiny corner, pas de syndesmophyte et Mme reste souple, il n'y a pas de manifestations périphériques ni extra-articulaires. Nous n'avons pas retenu les critères d'une algodystrophie selon Harden. L'allodynie et les douleurs ne sont pas en corrélation avec les critères d'une douleur neuropathique. Notre examen n'a pas évolué depuis l'examen du Dr L. _____ en 2012. » Sur le plan psychiatrique, le Dr D. _____ a fait valoir notamment ce qui suit : « La plainte principale

de l'expertisée est l'existence de douleurs intenses, persistantes depuis l'accident du 13 juin 2011, et qualifiées par elle d'invalidantes. Selon l'expertise rhumatologique, ces plaintes douloureuses ne peuvent que très partiellement être imputées aux atteintes somatiques objectivées. Comme les douleurs motivent des démarches thérapeutiques réitérées et qu'elles surviennent dans un contexte psycho-social pénible (isolement socio-culturel relatif, autonomisation de la fille, conflit avec l'employeur et l'assureur), le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant se justifie. A côté des douleurs, l'expertisée a présenté dans les suites de l'accident professionnel de juin 2011 des symptômes anxieux et dépressifs dont la sévérité est difficile à évaluer rétroactivement en l'absence de documents établissant les manifestations objectives. Ces symptômes sont devenus significatifs surtout à partir de janvier 2012, après l'annonce de son licenciement. Pour expliquer ces symptômes, l'expertisée met en avant l'importance et la durée des douleurs, leurs répercussions professionnelles ainsi que le sentiment d'injustice éprouvé face à l'attitude de l'employeur et de l'assureur

- 13 - accident. D'autres facteurs ont pu contribuer à leur émergence, notamment le sentiment d'abandon lié au départ de sa fille pour Lyon et peut-être à un conflit sentimental. Pour ce qui est de la qualification des symptômes anxieux et dépressifs, le tableau actuel met en évidence : - un syndrome dépressif incomplet - un élément anxieux atteignant le degré d'un trouble spécifique. Le syndrome dépressif est incomplet car l'humeur est variable, plutôt en baisse mais pas de manière constante ; l'énergie est diminuée mais l'intérêt et le plaisir sont conservés pour de multiples activités (lecture, musique, rencontres avec des amis). Le syndrome somatique de la dépression n'est pas présent. Les symptômes dépressifs n'atteignent donc pas le degré d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10, ni celui d'un autre trouble de l'humeur ayant valeur de maladie. Le Dr H. _____ n'a pas non plus retenu le diagnostic d'épisode dépressif. Les éléments dépressifs subjectifs résiduels encore présents doivent plutôt être compris comme des manifestations d'accompagnement du trouble anxieux décrit ci-après. Pour ce qui est de l'anxiété, les premiers symptômes ont été d'abord peu spécifiques selon l'anamnèse (troubles du sommeil et de l'appétit, ruminations inquiètes autour de l'accident). A partir d'avril 2012, l'anxiété est devenue plus structurée avec la survenue de deux épisodes ayant toutes les caractéristiques de l'attaque de panique, avec notamment peur de perdre connaissance et d'être atteinte d'une affection grave. Depuis lors il persiste un degré d'anxiété diffuse relativement important, même si l'expertisée déclare pouvoir contrôler les épisodes anxieux. Le malaise survenu lors de l'examen rhumatologique de la présente expertise s'apparente lui aussi à une attaque de panique (malaise avec peur intense de tomber). Il nous semble que le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (43.22) en relation avec divers facteurs de stress soit celui qui convienne le mieux au syndrome anxio-dépressif observé à partir de janvier 2012. Divers facteurs de stress ont à l'origine de cette réaction : le licenciement, le sentiment de non-reconnaissance par l'employeur et par l'assureur accident, l'éloignement de sa fille, peut-être une rupture sentimentale, voire des violences subies auparavant, dont l'expertisée évoque l'existence sans donner de date ni de précision. A partir d'avril 2012 l'anxiété s'est structurée sous la forme d'un trouble panique. Il existe un certain degré d'évitement de type agoraphobique (foules, lieux publics et fermés) mais il ne paraît pas assez massif, en l'état, pour justifier le diagnostic d'agoraphobie. Il ne nous paraît pas possible de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) avancé par le psychiatre traitant. Cela pour deux raisons. La première est que l'accident de 13.06.2011 n'était pas de nature à atteindre le degré de

sévérité requis pour ce diagnostic (danger de mort ou d'atteinte grave à l'intégrité

- 14 - physique). La seconde est que l'expertisée ne présente pas les symptômes typiques de l'ESPT. Les réminiscences de l'accident sont surtout mentales, car l'expertisée « pense » à l'accident à ses circonstances et à ses conséquences, avec inquiétude et amertume, plus qu'elle ne le revit réellement et sensoriellement sous la forme de flash-backs. Il n'y a pas d'évitement cognitif (l'expertisée relate l'événement sans réticence) ni d'émotion visiblement associée au récit de l'accident. Par ailleurs les autres facteurs de stress susmentionnés sont impliqués dans les symptômes anxio-dépressifs. Au vu de la réaction émotionnelle intense de l'expertisée à l'évocation de violences subies de la part du mari, il n'est pas exclu qu'une composante anxieuse existe en rapport avec ce facteur de stress, pouvant peut-être même atteindre le degré d'un état de stress post-traumatique. Comme l'expertisée a exprimé le souhait de ne pas aborder ce sujet avec nous, nous ne pouvons pas en dire plus. Pour ce qui est de la personnalité, lors du présent l'expertisée s'est montrée très méticuleuse et soucieuse du détail. Il n'y a cependant pas d'évidence que ces traits atteignent le degré d'un véritable trouble de la personnalité anankastique. En résumé nous retenons les diagnostics CIM-10 suivants : - syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 - trouble panique F41.0. Capacité de travail Actuellement il n'y a plus de limitations fonctionnelles liées au trouble anxieux qui justifient une incapacité de travail totale et durable. Les épisodes anxieux aigus sont relativement rares et maîtrisés, et n'entraînent pas un évitement social massif. Il existe un sentiment d'insécurité persistant lié au trouble anxieux, sentiment renforcé par la prescription de l'arrêt de travail de longue durée et par le confinement à domicile relatif qui en a résulté. Dans ce contexte, on peut envisager une reprise de travail à 50% dès maintenant, et une augmentation de la capacité de travail dans un délai d'un mois. Il n'y a pas d'indication psychiatrique à un changement d'activité professionnelle. Pour ce qui est du trouble somatoforme, le caractère invalidant est déterminé par des critères juridiques. Il revient au psychiatre expert de décrire le contexte médico-psycho-social du trouble somatoforme. Contexte médico-psycho-social du trouble somatoforme douloureux Comorbidité psychiatrique

- 15 - Il existe une comorbidité psychiatrique, le trouble panique. Celui-ci est de gravité modérée. Il est indépendant du trouble douloureux même s'il a pu trouver un facteur déclencheur de départ dans l'accident du 13 juin 2011. Intégration sociale L'expertisée déclare vivre seule et sans relation sentimentale investie. Elle a toutefois un réseau social d'amis, réseau qu'elle entretient. Elle a en outre des relations régulières avec sa fille (et même avec son ex-mari, selon certaines de ses déclarations) ainsi que, par le truchement d'internet, avec sa soeur et sa mère restées en Ukraine. Atteinte somatiques Celles-ci sont très modérées selon l'experte rhumatologue à l'âge de l'expertisée. Durée des troubles et réponse aux traitements Le trouble douloureux remonte maintenant à 18 mois. Cette durée ne se compte pas (encore) en années, mais il persiste néanmoins depuis l'accident et n'a été que peu amélioré par les divers traitements prescrits lege artis. Etat psychique cristallisé On ne peut pas dire que l'état psychique soit « cristallisé » puisque celui-ci n'est pas franchement sévère et qu'il est évolutif. Il s'est en partie amélioré subjectivement et s'est structuré sur le mode d'un trouble panique qui devrait répondre favorablement au traitement (cf infra). Relation avec l'accident L'accident du 13 juin 2011 a pu provoquer une réaction anxio-dépressive légère pendant quelques jours, au plus quelques semaines. La durée, l'intensité et la structuration des troubles sur le mode d'un trouble panique ne peuvent en aucun cas s'expliquer par cet événement. D'autres facteurs que cet accident, endogènes et

exogènes doivent être invoqués. La relation de causalité naturelle avec l'accident peut être admise jusqu'au 30 juin 2011. » Sous l'intitulé « Discussion consensuelle entre les experts », les Drs F._____ et D._____ ont retenu une diminution de la capacité de travail de 20% en raison de l'atteinte somatique, dès la récurrence de lombalgie avec sciatique gauche en novembre 2011, dans un poste d'aide infirmière nécessitant le port de charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnellement de plus de 15 kg. Ils se ralliaient en outre à l'avis de

- 16 - l'expert L._____ s'agissant du statu quo sine. Les experts ont considéré par ailleurs que dans une activité adaptée, correspondant à l'ancienne activité de l'assurée mais avec des aménagements, cette dernière présentait une capacité de travail entière sur le plan somatique ; la comorbidité psychiatrique justifiait quant à elle une incapacité de travail de 50% pour la durée d'un mois encore à compter de la date de l'expertise. Les experts ont encore précisé que le haut score de kinésiophobie et le lourd handicap allégué subjectivement constituaient des facteurs de mauvais pronostic pour une reprise professionnelle. Par courrier du 19 avril 2013, A._____ a imparti à l'assurée un délai pour prendre position sur le rapport d'expertise du 17 avril 2013. Elle l'a en outre informée qu'au vu des renseignements médicaux obtenus du BEM et des certificats médicaux reçus de la part des Drs H._____ et Z._____, attestant d'une capacité de travail de 50% dès le 4 avril 2013, elle lui verserait des indemnités journalières à 100% jusqu'au 3 avril 2013, puis à 50% jusqu'au 31 juillet 2013, pour autant qu'une reprise de travail n'intervienne pas plus tôt. Le 13 mai 2013, l'assurée, sous la plume de son conseil, a admis « globalement » le principe d'une reprise à terme de son activité professionnelle ; elle était toutefois « dubitative » quant à l'idée que le rétablissement d'une pleine capacité de travail puisse intervenir dans le mois suivant l'avis exprimé par les experts. Cela étant, elle mentionnait avoir pris « quelques dispositions » pour discuter avec l'OAI d'une reconversion et pour s'adresser d'ores et déjà aux autorités de chômage, et suggérait à A._____ d'attendre la fin du mois de juin 2013 pour rendre une décision formelle. Par décision du 4 juin 2013, A._____ a confirmé les termes de son courrier du 19 avril précédent, singulièrement son accord quant au versement, à titre exceptionnel, des indemnités journalières sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 50% jusqu'au 31 juillet 2013. A l'appui de sa décision, elle a indiqué que sur la base de l'expertise du BEM, d'un point de vue psychiatrique, l'assurée disposait d'une capacité de travail de

- 17 - 50% dans toute activité, dès le jour de l'expertise, cette capacité pouvant être augmentée à 100% après un délai d'un mois. D'un point de vue somatique, dans son ancienne activité, elle pouvait aider une personne âgée dans la guidance de la toilette ou de l'habillage, pour lui apporter ses médicaments, pour l'aider à se rendre aux repas et aider des personnes qui ont encore leur autonomie aux transferts ; elle ne pouvait par contre assurer à elle seule le transfert d'une personne impotente ne pouvant se tenir de manière stable sur ses jambes. Selon le degré d'impotence des personnes d'un home, l'incapacité de travail partielle était estimée à 20%. Il s'ensuivait que dans une activité adaptée respectant les limitations précitées et ne nécessitant pas de soulever de manière occasionnelle des charges de plus de 15 kg et répétitives de 5 kg, avec des alternances de position, une capacité de travail de 100% était possible. L'assurée a formé opposition contre cette décision par courrier du 13 juin 2013, faisant valoir en substance que sa situation médicale s'était récemment « singulièrement aggravée », au point qu'elle avait dû « se résoudre à une opération » sur les conseils du Dr Z._____ ; il s'agissait de procéder à une arthrolyse au niveau L5-S1 pour pratiquer un blocage, avec apposition de matériel d'ostéosynthèse et

greffe d'os. Elle espérait être opérée durant l'automne, précisant que deux à trois mois de convalescence seraient nécessaires avant d'envisager tout retour à l'emploi. Au vu de la situation d'incertitude actuelle, elle demandait à A. _____ de sursoir à statuer le temps de réunir des informations médicales complémentaires, concluant en outre à la reprise du versement des indemnités journalières correspondant à une perte de gain de 100%. Par décision sur opposition du 26 juillet 2013, A. _____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 4 juin 2013. Elle a considéré que l'assurée n'apportait aucun document médical à l'appui de ses allégations ni n'amenait d'argument concret susceptible de remettre en cause l'avis exprimé par les experts du BEM. Au demeurant, ces médecins n'avaient jamais fait mention de la nécessité d'une intervention du type de celle décrite par l'assurée, pas plus que le médecin traitant n'eût recommandé l'opération décrite. Partant, l'assurée se limitait à exprimer

- 18 - un avis divergent, non motivé médicalement, et la question d'un nouvel essai chirurgical survenait après qu'elle avait « globalement » admis le résultat de l'expertise et reconnu qu'elle se dirigeait « inéluctablement » vers la reprise d'une activité professionnelle. La décision de verser des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2013 était dès lors fondée. D. Par acte du 17 septembre 2013, B. _____, par son conseil, a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, au versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail totale au-delà du 3 avril 2013 « selon modalités à préciser le cas échéant en cours d'instance », subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle évoque un désaccord entre les parties sur la qualité des conclusions de l'expertise, sur la base desquelles A. _____ se fonde pour abaisser les prestations d'indemnités journalières à 50% dès le 4 avril 2013, avant d'interrompre le droit aux indemnités dès le 1er août 2013. Elle fait valoir par ailleurs une péjoration de sa situation « à tous points de vue », avérée selon elle par les différents documents médicaux qu'elle produit. A cet égard, il s'agit notamment d'un avis du Dr H. _____ daté du 19 juin 2013, attestant de la péjoration récente de l'état psychique de sa patiente, qui pouvait se comprendre par de nombreux facteurs, savoir l'exacerbation de la symptomatologie douloureuse et la pose d'une indication opératoire par le Dr Z. _____, les difficultés et incertitudes asséurologiques qui occasionnaient une précarité financière manifeste, l'incertitude liée à son avenir professionnel, l'impossibilité de nourrir des projets constructifs à court, moyen ou long terme. Selon le Dr H. _____, tous ces facteurs réunis concouraient à un accroissement du sentiment de fragilité sur tous les plans : physique, financier, social et psychologique. Il figure également un courrier rédigé le 7 juillet 2013 par le Dr Z. _____ à l'attention du conseil de la recourante, mentionnant des examens par le Prof. V. _____, médecin chef à J. _____, et la décision

- 19 - probable d'un choix chirurgical. Dans un courrier du 7 septembre 2013 à l'attention du Service médical régional de l'assurance-invalidité, le Dr Z. _____ énonce une aggravation des douleurs lombaires et une dégradation sévère de l'état général de la patiente, les difficultés asséurologiques et la longue durée des symptômes étant les facteurs défavorables. Il précise que l'échec de la prise en charge médicale conservatrice est à l'origine de l'indication opératoire. La recourante produit également le rapport du Prof. V. _____ du 27 août 2013, lequel énonce avoir discuté avec l'intéressée d'une prise en charge chirurgicale mais donné la préférence à une prise en charge pluridisciplinaire – qui a

les mêmes taux de réussite que la chirurgie soit 60% – savoir une thérapie concentrée sur trois semaines avec de la physiothérapie, de l'ergothérapie et une approche cognitive. S'agissant de la spondylodèse par voie antérieure, le Prof. V. _____ explique que ses confrères du J. _____ ne la pratiquent pas en neurochirurgie, contrairement à un certain nombre de cliniques privées mais où des lits ont déjà été réservés pour l'année 2013, précisant que la situation n'est pas encore claire pour l'année 2014. Finalement, il qualifie d'assez difficile la question relative à la capacité de travail de la recourante mais que « dans les grandes lignes, [on pouvait] imaginer qu'elle ne soit pas apte à travailler à 100% et que peut-être, dans une activité adaptée, elle aurait une certaine capacité de travail résiduelle ». Il proposait de « tenter » une réponse à cette question une fois son état stabilisé, soit après la prise en charge pluridisciplinaire. Par décision du 20 septembre 2013, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 août 2013 et désigné Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office. Dans sa réponse du 20 novembre 2013, A. _____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En substance, elle maintient que sur la base de l'expertise du BEM, dont la valeur probante doit être pleinement reconnue, la recourante présente une

- 20 - capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante réplique le 7 avril 2014, soulignant être « toujours sérieusement affectée, et même de plus en plus » et qu'il paraît difficile de contester que la situation n'était pas telle à l'époque de l'interruption des prestations litigieuses. Elle produit les rapports faisant suite aux consultations ambulatoires au Service de neurochirurgie du J. _____ des 19 novembre 2013, 16 décembre 2013 et 3 février 2014. Le rapport relatif à la dernière consultation, daté du 24 mars 2014 et adressé au Prof. V. _____, mentionne qu'une IRM lombaire révélait une hernie discale lombaire L5-S1 foraminale gauche et que le CT-scanner lombaire infirmait une éventuelle fracture pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente. Il était décidé une attitude conservatrice en accord avec cette dernière, laquelle avait des douleurs de prédominance lombaire qui auraient été améliorées durant un mois environ à la suite d'une infiltration récente. Il était précisé que les risques d'une chirurgie de fixation ne semblaient actuellement plus justifiés. La recourante produit ultérieurement une convocation du 30 juin 2014 à la consultation du Dr N. _____, médecin à l'Hôpital J. _____, un courrier de ce médecin du 1er juillet 2014 confirmant qu'une hospitalisation de trois semaines est prévue, un courrier du Dr Z. _____ au conseil de la recourante mentionnant avoir demandé une prise en charge opératoire au service de neurochirurgie du J. _____, ainsi qu'un nouveau rapport du Dr H. _____ daté du 9 septembre 2013, aux termes duquel la péjoration récente de l'état psychique de la recourante s'explique notamment par le fait que « les lésions objectivées sont de toute façon incompatibles avec un travail d'aide-soignante ; les douleurs sont invalidantes et déprimantes ; comme il n'y a pas de date prévue pour l'opération [...], ce fait également constitue un facteur anxigène et dépressogène ». Le 9 septembre 2014, invitée à se déterminer sur les pièces produites, l'intimée relève que l'hospitalisation de la recourante ne s'est

- 21 - jamais confirmée. Elle renvoie pour le surplus à sa réponse du 20 novembre 2013. Le 30 septembre 2014, la recourante mentionne, pièces à l'appui, qu'une hospitalisation est prévue du 20 octobre au 7 novembre 2014 à J. _____, laquelle permet d'espérer, de l'avis du Dr Z. _____, une amélioration significative. De ce fait, elle requiert une suspension de l'instruction jusqu'au début janvier 2015. Aucun nouveau rapport médical

n'a été produit par la recourante, dont le conseil d'office a fait parvenir sa liste des opérations le 27 mai 2015. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile – au dernier jour du délai compte tenu notamment des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 3 et 4 let. b LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

- 22 - b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières de l'intimée, versées à 100%, pour la période postérieure au 3 avril 2013, singulièrement sur le point de savoir si sa capacité résiduelle de travail justifie la réduction à 50%, puis la suppression des prestations au-delà du 31 juillet 2013. 3. a) Aux termes de l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGA (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMal). Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

- 23 - Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2, 114 V 281 consid. 1b). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2e phrase, LPGA, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles

conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV 112 p. 122 consid. 3a ; cf. aussi art. 21 al. 4 LPGa). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1, TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les

- 24 - plaintes exprimées, 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 dûment 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. 3). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I_81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

- 25 - c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne

revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références citées ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1, 126 V 319 consid. 5a). 4. En l'espèce, l'assurance intimée a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1er août 2013, au motif que, ainsi qu'il résultait du rapport d'expertise du BEM, la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, correspondant à son ancienne activité mais avec des aménagements. Se référant aux avis médicaux des Drs Z._____, V._____ et N._____, la recourante conteste cette appréciation, estimant que le traitement alternatif envisagé est incompatible avec la capacité de travail totale prétendue par l'intimée. a) Dans l'expertise du 17 avril 2013, la Dresse F._____ constate que l'assurée présente un trouble dégénératif rachidien prédominant à la jonction lombosacrée, constituant un état antérieur à l'événement du 13 juin 2011 ; cet état antérieur a connu une décompensation passagère, évaluée à un mois avec restitution d'un statu quo sine dès juillet 2011, et constitue une limitation relative dans l'activité d'aide-soignante. Singulièrement, la Dresse F._____ confirme le diagnostic posé initialement par la Dresse W._____, savoir une contusion lombaire, qu'elle qualifie de simple sur la base des documents d'imagerie, en l'absence d'affrontement articulaire, d'ouverture inter-lamaire, de

- 26 - modification ligamentaire, d'hypersignal de la moelle et d'atrophie musculaire segmentaire. Les IRM n'ont en outre pas révélé de fracture, fissure ou lésion traumatique évidente. L'experte confirme également la lésion discale L5-S1 retenue par le Dr Z._____, eu égard à l'IRM lombaire du 23 novembre 2011 révélant une discarthrose L5-S1 avec légère réaction inflammatoire des plateaux adjacents et une protrusion discale paramédiane gauche légèrement luxée vers le bas susceptible d'irriter la racine S1. Elle souligne à cet égard l'absence de corrélation radio-clinique pour les signes d'irritation L5 évoqués par le Dr Z._____. En outre, la sacro-iliaque gauche est jugée indemne, renforçant de ce fait l'idée que c'est cliniquement que le Dr Z._____ a noté une surcharge de ce côté. Son examen confirme ainsi l'état antérieur d'une importante atteinte dégénérative à l'étage L5-S1 – une discarthrose sévère avec une hernie discale L5-S1 gauche –, sans signe radiculaire concordant avec la clinique ni menace compressive significative. Elle rappelle par ailleurs que l'expert L._____ a confirmé l'absence d'atteinte neurologique médullaire et radiculaire et a conclu à un traumatisme jugé insuffisant pour provoquer des lésions disco-ligamentaires significatives. Cela étant, la Dresse F._____ expose ne pas comprendre la poursuite de l'arrêt de travail attestée par le Dr Z._____, eu égard à l'évocation d'un syndrome lombaire modeste, soulignant l'absence de diagnostic différentiel face à l'extension de la douleur, face à l'absence de corrélation entre les trouvailles radiologiques et le niveau de sciatalgie identifiée initialement selon L5. Elle relève que les « red flags » (fracture, hernie discale compressive avec déficit neurologique notamment) ayant été écartés par les premiers médecins en juin 2011 puis par le Dr Z._____ lui-même, il résultait clairement chez la recourante des « yellow flags », soit des éléments sortant de la concordance bio-mécanique, mentionnant la perte depuis longtemps de la corrélation entre les plaintes et les éléments objectifs. Elle rappelle également que de l'avis du Dr Z._____, la recourante avait repris le travail trop rapidement, au mépris de sa santé ; or selon l'experte, la récupération est estimée plus rapide chez les patients reprenant rapidement leur travail, le repos favorisant un déconditionnement du dos, étant souligné que l'assurée a

- 27 - repris un travail allégé les premiers jours. Le Dr L. _____ a par ailleurs mentionné que l'ensemble de la symptomatologie de la recourante était améliorée lorsqu'elle se levait et bougeait, et le fait que la douleur réapparaissait lors des activités ménagères, de travail ou de port de charges n'était pas suffisant pour expliquer l'existence d'une telle pathologie. Au terme de son expertise, la Dresse F. _____ conclut que l'absence de lésion neurologique ne justifie plus de limitation de la capacité de travail ; cependant, la présence d'une discarthrose devenue symptomatique justifie des limitations fonctionnelles dans le cadre de la dernière activité de l'expertisée, liées au transfert de patients (port de charges). D'une évaluation du degré d'impotence des personnes résidant dans un home, elle estime à 20% l'incapacité de travail dans l'ancienne activité ; dans une activité adaptée, respectant ces limites (transfert d'une personne impotente ne pouvant se tenir de manière stable sur ses jambes) et ne nécessitant pas de soulever de manière occasionnelle des charges de plus de 15 kg et répétitives de plus de 5 kg, avec alternance de position, la capacité de travail est reconnue comme entière. b) Sur le plan psychiatrique, le Dr D. _____ retient un trouble panique et un syndrome douloureux somatoforme persistant, le second diagnostic étant considéré comme n'affectant pas la capacité de travail. Il énonce le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, présent dès janvier 2012, avec pour origine le licenciement de l'assurée, un sentiment de non-reconnaissance par l'employeur et l'assureur-accidents, l'éloignement de sa fille, voire une rupture sentimentale. Dès avril 2012, l'anxiété s'est structurée sous la forme d'un trouble panique, avec la survenance de deux épisodes. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique avancé par le Dr H. _____ est par ailleurs réfuté, en raison d'un accident qui n'était pas de nature à atteindre le degré de sévérité requis pour ce diagnostic et de réminiscences y relatives surtout mentales. L'expert mentionne également que les symptômes dépressifs n'atteignent pas le degré d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) ni celui d'un autre trouble

- 28 - de l'humeur ayant valeur de maladie, et que les éléments dépressifs subjectifs doivent plutôt être compris comme des manifestations d'accompagnement du trouble anxieux. De l'avis du Dr D. _____, un sentiment d'insécurité persistant lié au trouble anxieux persiste, sentiment renforcé par la prescription de l'arrêt de travail de longue durée et le confinement à domicile qui en résulte. Cependant, il n'y a pas de limitation fonctionnelle liée au trouble anxieux qui justifient une incapacité de travail totale et durable, les épisodes anxieux étant relativement rares et maîtrisés, sans entraîner un évitement social massif. Dans ce contexte, il conclut à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique fixée à un mois après l'expertise, une incapacité de travail de 50% pouvant être admise précédemment eu égard à la comorbidité psychiatrique. Il n'existe au demeurant aucune indication psychiatrique à un changement d'activité professionnelle. c) S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr D. _____ le justifie par le fait que les plaintes douloureuses ne peuvent que très partiellement être imputées aux atteintes somatiques selon l'experte rhumatologue, et surviennent dans un contexte psycho-social pénible. aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ; en règle générale, de tels syndromes n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible

(ATF 131 V 49 consid. 1.2). La Haute Cour a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF

- 29 - 130 V 352 consid. 2.2.3). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recourent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et la référence citée). En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 132). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert; ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 131 V 49).

- 30 - bb) Se référant aux critères consacrés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, le Dr D. _____ retient un trouble panique de gravité modérée (cf. consid. 4b supra), une intégration sociale plutôt satisfaisante, des atteintes somatiques très modérées eu égard aux constatations de l'experte rhumatologue, des troubles douloureux présents depuis dix-huit mois et peu améliorés par les divers traitements. Il ne retient pas un état psychique cristallisé, dans la mesure où il n'est pas sévère, qu'il est évolutif, s'est en partie amélioré subjectivement et s'est structuré sur le mode d'un trouble panique qui devrait répondre favorablement au traitement. Il convient dès lors d'admettre que le trouble douloureux somatoforme persistant peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible et ne saurait être jugé comme incapacitant. d) L'expertise des Drs F. _____ et D. _____ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 351 consid. 3a). Elle se fonde sur les documents médicaux de l'intimée (dossier LAA et dossier LAMal) ainsi que de l'assurance-invalidité, sur le dossier radiologique de l'assurée et sur les examens rhumatologique et psychiatrique effectués. Le rapport contient une anamnèse détaillée, prend dûment en considération les plaintes de l'expertisée et décrit les

constatations cliniques (status rhumatologique et status psychiatrique). Les diagnostics avec et sans influence sur la capacité de travail sont clairement explicités. Les conclusions rendues par les experts résultent d'une analyse complète de la situation médicale – objective et subjective – portant sur la situation somatique et psychique de l'assurée. Les avis des Drs Z._____ et H._____, antérieurs à l'expertise, ont été discutés de manière circonstanciée par les Drs F._____ et D._____ (cf. consid. 4a et b supra). Quant aux avis ultérieurs, ils ne sauraient faire échec aux conclusions de l'expertise. En effet, si les Drs Z._____ et H._____ mentionnent effectivement une péjoration de l'état de santé de la recourante, celle-ci apparaît

- 31 - essentiellement comme le fait de difficultés asséurologiques, de difficultés financières et de symptômes douloureux persistants. Particulièrement, sur le plan psychiatrique, le Dr H._____ évoque dans ses certificats des 19 juin et 9 septembre 2013, une péjoration « récente » de l'état psychique de sa patiente s'expliquant par de nombreux facteurs tels que l'exacerbation de la symptomatologie douloureuse, les difficultés asséurologiques et les incertitudes liées à son avenir professionnel. Or ces éléments ont été retenus par les experts du BEM (licenciement, sentiment de non-reconnaissance par l'employeur et l'assureur-accidents, plaintes douloureuses, contexte psycho-social difficile,...), avant qu'ils ne concluent à l'absence de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et à l'admission d'une capacité de travail de 50% dans le mois suivant l'expertise, puis de 100%. De surcroît, le Dr H._____ n'atteste aucune incapacité de travail en lien avec la péjoration de l'état de santé alléguée. Sur le plan somatique, le même constat peut être émis s'agissant de l'appréciation du Dr Z._____. Dans ses courriers des 7 juillet et 7 septembre 2013, il mentionne une aggravation des douleurs lombaires et une dégradation sévère de l'état général de sa patiente, les difficultés asséurologiques et la longue durée des symptômes étant les facteurs défavorables. Il évoque en outre l'intervention chirurgicale alléguée par l'assurée en procédure d'opposition. A cet égard, force est de constater, à l'instar de l'intimée aux termes de la décision litigieuse, que les experts du BEM n'ont jamais mentionné la nécessité d'une intervention, pas plus que le médecin traitant n'ait recommandé l'opération. A contrario, la Dresse F._____ évoque une réduction progressive des symptômes, la discarthrose donnant lieu à des lésions de Modic évolutives qui se rapprochaient sur la dernière IRM du stade non inflammatoire. Par ailleurs, la recourante ne conteste pas les conclusions de l'expertise, évoquant simplement dans son acte de recours un « désaccord entre les parties sur la qualité des conclusions ». Elle admet, au contraire, se rallier « globalement » au résultat de l'expertise, avoir pris « quelques dispositions » auprès de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage, soulignant cependant être dubitative quant au délai d'un mois fixé par les

- 32 - experts pour le retour à une pleine capacité de travail (cf. courrier du 13 mai 2013 à A._____). Dès lors que le rapport du 17 avril 2013 est exempt de contradictions, et en l'absence d'éléments objectifs dont les experts n'auraient pas tenu compte et qui seraient aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence de leurs déductions, il n'existe pas de motifs de s'écarter des conclusions émises par les Drs F._____ et D._____. Partant, il y a lieu d'admettre que la recourante présentait une capacité de travail de 50% pour la durée d'un mois encore à compter de l'expertise du BEM, réalisée le 11 février 2013, justifiée par la comorbidité psychiatrique ; au-delà de ce mois, une capacité de travail entière lui est reconnue dans toute activité adaptée, correspondant à son ancienne activité

mais avec des aménagements, l'ancienne activité étant à défaut exigible à 80%. e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b, 166 V 248 consid. 1a ; cf. aussi ATF 131 V 243 consid. 2.1), les règles applicables étant celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1). Jusqu'à la date de la décision litigieuse, il n'apparaît aucune aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à influencer négativement sa capacité de travail ; c'est postérieurement à cette décision que l'indication d'une prise en charge chirurgicale est attestée médicalement. Le rapport du Prof. V._____ est postérieur à la décision attaquée d'environ un mois, l'expertise du BEM est antérieure de trois mois, étant souligné que la Dresse F._____ précise que son examen n'a pas évolué depuis l'expertise du Dr L._____ en 2012. Cela étant, dans son rapport du 27 août 2013, le Prof. V._____ n'indique nullement que

- 33 - l'état de santé de la recourante se serait péjoré. Il mentionne pouvoir imaginer « dans les grandes lignes » qu'elle ne soit pas apte à travailler à 100% et qu'elle puisse présenter une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. S'agissant de l'intervention chirurgicale, il indique donner la préférence à un traitement conservateur intensif sur trois semaines avec de la physiothérapie, de l'ergothérapie et une approche cognitive, dont le taux de réussite est similaire à celui de l'opération. Les rapports du Service de neurochirurgie du J._____ produits ultérieurement font état d'un status neurologique dans les limites de la norme, une hernie discale lombaire L5-S1 foraminale gauche expliquant partiellement le status clinique mais non les lombalgies de la recourante, et la négation d'une éventuelle fracture pouvant expliquer la symptomatologie. Lors de la consultation du 3 février 2014, il est décidé une attitude conservatrice, et le traitement pluridisciplinaire est prévue dans le cadre d'une hospitalisation à J._____ du 20 octobre au 7 novembre 2014. Les avis médicaux qui précèdent n'amènent aucun élément susceptible de remettre en cause l'analyse de la situation médicale présentée par les experts F._____ et D._____. A cela s'ajoute le fait que le Prof. V._____ et les IRM effectuées ne décrivent pas de pathologie nouvelle. A la lecture de ces avis, on constate que les médecins s'expriment sur le traitement médical, essentiellement un traitement de rééducation, non sur la capacité de travail de la recourante ; l'appréciation du Prof. V._____ sur cette question est floue, sans qu'il n'y ait d'indication de dates ou de limitations fonctionnelles. Il sied en outre de rappeler que l'intéressée ne conteste pas les conclusions du rapport d'expertise du BEM ; elle énonce un état de santé se péjorant, qui vient nécessiter une intervention chirurgicale ou un traitement intensif. Entre l'expertise du 17 avril 2013 et le traitement pluridisciplinaire prévu en octobre 2014, aucun certificat médical n'atteste une incapacité de travail, de sorte qu'il y a lieu de retenir que la capacité de travail reste exigible conformément aux termes de l'expertise du BEM.

- 34 - Il s'ensuit que la symptomatologie présentée par la recourante ne contrevient pas à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies (sans transfert de personnes impotentes ne pouvant se tenir de manière stable sur ses jambes, sans port de charges de 15 kg occasionnellement, 5 kg à répétition, avec alternance des positions), au taux estimé à 100%, et ce depuis le mois suivant l'expertise du BEM. 5. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté. a) La recourante ne peut prétendre

de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, Me Carré a produit une liste de ses opérations le 27 mai 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat et débours s'inscrivant raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Carré s'élève donc à 2'400 fr. 35 (TVA à 8% comprise).

- 35 - La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 17 septembre 2013 par B. _____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 26 juillet 2013 par A. _____ Caisse-maladie est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante B. _____, est arrêtée à 2'400 fr. 35 (deux mille quatre cents francs et trente-cinq centimes), TVA comprise. V. Le 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, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat La présidente : La greffière :

- 36 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Olivier Carré (pour B. _____) - Me Didier Elsig (pour A. _____) - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.