

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffier : M, d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jacques Micheli,
avocat à Lausanne,

et

A. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 8 al. 1, 70 al. 1 LPGA; 6, 16, 36 al. 1 LAA; 8 al. 1, 15 LACI; 15 OACI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée), née le 2 juin 1965, était employée comme assistante médicale auprès du Centre médical d'Yverdon. A ce titre, elle était assurée à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de la A._____ SA (ci-après : l'assureur).

Par déclaration d'accident du 4 janvier 2010, l'employeur a informé l'assureur que l'assurée avait été victime d'un accident de la circulation le 27 décembre 2009. Elle avait perdu la maîtrise de son véhicule, qui avait glissé sur une plaque de glace.

Son incapacité de travail a été totale depuis le 28 décembre 2009. Du 29 décembre au 31 décembre 2009, l'assurée a été hospitalisée au CHUV pour une fracture du plateau supérieur de L1, pour laquelle un traitement conservateur a été entrepris.

Dans un rapport médical du 28 avril 2010, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a décrit une évolution défavorable, selon les orthopédistes et signalé que "la patiente ne peut actuellement pas rester dans aucune position longtemps, ce qui compromet sa capacité de travail, ainsi que la qualité de son sommeil, les douleurs l'empêchant de dormir".

Dans une lettre adressée le 3 septembre 2010 au Dr T._____, le Dr C._____, chirurgien orthopédiste et médecin conseil de l'assureur, a écrit ce qui suit :

"Le 27.12.2009, votre patiente a été victime d'un accident de la circulation entraînant une fracture du plateau supérieur de L1, traitée par corset pendant 3 mois. Et 3 mois plus tard, c'est-à-dire début juillet 2010, on pouvait s'attendre à ce que votre patiente puisse reprendre son activité d'assistante médicale, activité qui n'est pas

très physique. Pourtant, vous certifiez la poursuite de l'incapacité de travail en accident.

Votre patiente souffre de séquelles d'une polio de l'enfance et d'après la biopsie réalisée le 31.05.2010 présente une polymyosite.

(...)

En tenant compte de tous ces éléments, je pense qu'on peut admettre une reprise du travail à 100% pour les suites de l'accident, dès le 1^{er} septembre. De toute évidence, l'incapacité de travail que vous avez prescrite devrait être poursuivie pour des motifs de maladie.

Vous aviez également demandé des investigations complémentaires en vue de poser une indication opératoire pour une vertébroplastie. Je vous remercie de bien vouloir m'en communiquer les conclusions et si vous êtes en possession de rapports spécialisés, de m'en remettre copie."

Dans un courrier du 28 septembre 2010, le Dr T._____ a répondu :

"Comme vous le mentionnez fort justement dans votre lettre la patiente a été victime d'un accident de la circulation avec fracture du plateau supérieur de L1 traité par corset pendant 3 mois en date du 27 décembre 2009. La récupération au plan de la colonne lombaire et au plan algique est extrêmement mauvaise. La patiente ne peut malheureusement pas exercer d'activité, devant sans cesse changer de positions, une station assise respectivement debout respectivement accroupie ne peut être soutenue que durant quelques secondes, de même que son sommeil est extrêmement perturbé en raison des douleurs lombaires qui la réveillent sans cesse. Il est à relever que cette patiente, qui serait fort désireuse d'exercer son activité professionnelle s'en trouve actuellement incapable.

(...)

En ce qui concerne la vertébroplastie, la patiente sera entreprise par le Dr [...], radiologue au CHUV qui pratique ce genre d'intervention, au début octobre. Il est à souhaiter qu'une stabilisation de son rachis lombaire puisse conduire à un rétablissement de sa capacité de travail. Il est de toute évidence trop tôt pour pouvoir se prononcer. En ce qui concerne les séquelles de poliomyélite, que vous mentionnez, celles-ci sont stables depuis de nombreuses années, et n'ont jamais occasionné la symptomatologie qu'elle ressent depuis la fracture de L1 en décembre 2009. (...)"

A la demande de l'assureur, le Dr C._____ a reçu l'assurée en consultation le 7 décembre 2010 et formulé les constatations suivantes dans son rapport du 27 décembre 2010 :

"Appréciation

En ce qui concerne la capacité de travail de cette assistante médicale, activité à 100%, congédiée au 31.5.10, une reprise de l'activité toujours comme assistante médicale mais dans une place adaptée, permettant des changements de position, évitant le port de charges de plus de 10 kg, à une année de la fracture, à plus de 2 mois de sa vertébroplastie, est certainement possible à partir de janvier 11, tout d'abord à 50%, puis à partir de début mars 11 à 100%.

En ce qui concerne les traitements, je pense que Mme R._____ doit continuer à prendre un anti-inflammatoire le soir, un analgésique léger comme le Dafalgan si nécessaire.

Même si la physiothérapie est restée sans effet, instaurée juste après l'ablation du corset plâtré en avril 10 pendant 2-3 mois, il serait judicieux actuellement de la reprendre, puisque la fracture est maintenant parfaitement consolidée, par exemple à l'unité du rachis du CHUV.

Le dommage permanent est indiscutable, uniquement en rapport avec le traumatisme de L1, il doit être estimé à 20%, table 7.2 LAA."

Dans un courrier du 30 décembre 2010, le Dr C._____ a communiqué ce dernier rapport au Dr T._____ en relevant notamment :

"D'après mes constatations, votre patiente présente des lombalgies irradiant bilatéralement dans la région paralombaire, exacerbées en flexion antérieure. Les douleurs persistent également la nuit et provoquent des réveils réguliers. Votre patiente indique également qu'elle porte volontiers encore un corset baleiné lorsqu'elle sort."

Par décision adressée le 25 janvier 2011 à l'assurée et à l'assureur-maladie, l'assureur a considéré que le traitement médical du 31 mai 2010 et ses suites n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident du 27 décembre 2009, si bien que le traitement relevait de l'assureur-maladie. Ce dernier a fait opposition le 31 janvier 2011.

Par lettre du 4 février 2011, l'assureur a informé l'assurée qu'elle considérait la capacité de travail comme entière dès le 1^{er} mars 2011 et poursuivait le versement des indemnités journalières à 100% jusqu'au 28 février 2011, date à laquelle l'assurée était en mesure de s'inscrire à l'assurance-chômage.

Dans un courrier du 2 mars 2011, le Dr T. _____ a écrit à l'assureur notamment ce qui suit :

"Il est à relever que la situation était totalement intenable jusqu'à l'été passé, date à laquelle elle a bénéficié d'une vertébroplastie par le Dr [...], radiologue au CHUV, ce qui a conduit à une amélioration certaine puisque la patiente a pu retrouver un sommeil dans la mesure où elle ne faisait pas de mouvement en dormant celle-ci se trouvait être dans une position sans douleur pour la première fois depuis 9 mois.

Malheureusement en ce qui concerne son activité Madame R. _____ reste extrêmement limitée, elle peut tenir assise une demi heure, au maximum, elle peut marcher durant 15 min avant d'être obligée de trouver une position antalgique en raison de ses douleurs lombaires pouvant irradier jusqu'au niveau cervical, elle peut pratiquer un travail avec l'ordinateur et la souris durant 15 min, toutefois elle est quasiment obligée de se coucher par la suite durant 1 heure en raison de ses douleurs touchant la région lombaire avec irradiation au niveau cervical.

Dans ces conditions il paraît extrêmement difficile de pouvoir proposer une activité que la patiente pourrait effectuer, aucun employeur dans un pays à l'ouest du rideau de fer étant motivé pour engager quelqu'un dont la capacité de travail momentanée peut être limitée, compte tenu des impératifs de la société moderne.

(...)

Je pense que dans ces conditions face à une situation aussi désespérée au plan du travail que la capacité de travail respectivement l'incapacité de travail de Madame R. _____ doit être réévaluée."

Parallèlement, le Dr T. _____ a attesté une incapacité de travail à 100%.

B. Par décision du 29 mars 2011, l'assureur a confirmé la fin du droit aux indemnités journalières à 100% dès le 1^{er} mars 2011 en exposant notamment :

"Dans le cas particulier, notre médecin-conseil estime que vous êtes en mesure d'exercer votre activité de secrétaire médicale, dans un poste adapté permettant le changement de position et évitant le port de charges de plus de 10 kg, à hauteur de 50% dès le 01.01.2011 et à 100% dès le 01.03.2011. Fondé sur les constatations qu'il a faites lors de son examen clinique en date du 07.12.2010, le Dr C. _____ ne

comprend pas les limitations fonctionnelles dont fait état le Dr T._____ dans son courrier du 02.03.2011 et maintient sa recommandation."

Par décision du 7 avril 2011, le Service de l'emploi, Instance juridique chômage, a admis que l'assurée était inapte au placement à partir du 11 mars 2011, date de son inscription à l'Office régional de placement (ORP) et n'avait pas droit au paiement d'indemnités de chômage dès cette date. Il a relevé que l'assurée était en incapacité de travail à 100% dès fin 2009 et s'était annoncée à l'OAI le 17 mai 2010 en exposant : "Etant mon état de santé actuel une activité salariale est impossible pour le moment (...) il m'est impossible de suivre quelque soit la mesure octroyée par l'ORP", si bien que l'incapacité de travail ne pouvait être considérée comme passagère (art. 28 LACI) et était susceptible de remettre en cause l'aptitude au placement, ne laissant pas subsister une capacité résiduelle de 20% au moins (art. 70 LPGA).

Par lettre recommandée du 29 avril 2011, l'assurée, par son avocat, a formé opposition contre la décision du 29 mars 2011, en se référant aux constatations constantes du médecin traitant et en requérant la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans une lettre adressée le 4 mai 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité (OAI), le Dr T._____ a exposé notamment ce qui suit :

"En fait, [la patiente] présente une limitation liée à devoir changer de position extrêmement fréquemment, elle peut tenir assise une demi-heure au maximum, marcher durant 15 minutes avant d'être obligée de trouver une position antalgique. Elle peut pratiquer un travail avec l'ordinateur et la souris pendant un maximum de 15 minutes, toutefois elle est obligée de se coucher en général par la suite durant une heure.

(...)

Madame R._____ présente des douleurs quasi constantes également en position couchée compromettant son sommeil jusqu'à l'automne 2010 où une vertébroplastie a été pratiquée par le Dr [...], radiologue au CHUV, avec un bon effet sur les douleurs en position

couchée, toutefois pas de changement dans les activités en position assise ou debout ou en déplacement.

Une aggravation de son état est apparue sous forme de dysfonction cervicale majeur, avec vertiges et ataxie, celle-ci étant probablement liée à une décompensation cervicale du trouble lombaire, associée à des céphalées. La patiente a été investiguée dans le service d'ORL du CHUV, elle a été mise au bénéfice d'un traitement de Rivotril, qui a partiellement amélioré la situation, dans la mesure où la patiente peut à nouveau se déplacer sans tituber.

En conclusion, malgré une aggravation surtout au plan cervical, une capacité de travail de manière extrêmement stricte, limitée à des périodes des deux heures, pourrait être envisagée avec une évolution jusqu'à une possibilité maximale de 50%, la limitation principale consiste à ne pas dépasser 10 minutes d'ordinateur, 10 minutes de machine à écrire, avec des changements de position fréquents durant l'intervalle. Idéalement, elle pourrait travailler 2 heures le matin et deux heures l'après-midi, avec une période de récupération où elle pourrait se coucher. Ceci est valable depuis le mois de mai 2011. Les limitations fonctionnelles sont le port de charge dépassant 5 kg, le changement de position répété et la nécessité de pouvoir faire des pauses durant l'exacerbation des douleurs."

Dans un rapport médical du 16 juin 2010 à l'intention de l'OAI, le Dr T. _____ a relevé en bref que la patiente avait toujours souffert de graves troubles de la statique liés à des dysfonctions musculaires et présentait alors des douleurs totalement invalidantes au niveau lombaire ne lui permettant aucune position de manière indolore, qu'elle ne pouvait être bien dans aucune position (assise, debout, couchée), si bien qu'elle était totalement incapable de travailler, malgré sa bonne volonté.

Dans une lettre du 15 juillet 2011, le conseil de l'assurée a relevé les divergences d'appréciation entre le médecin traitant et le médecin conseil de l'assureur et souligné que le second ne tenait aucun compte des limitations fonctionnelles retenues par le premier. Il a donc réitéré sa requête d'expertise.

Par décision sur opposition du 23 septembre 2011, A. _____ SA a maintenu sa décision du 29 mars 2011 en se fondant sur l'avis émis par le Dr C. _____ après son examen de l'assurée le 7 décembre 2010, où il a pu personnellement constater la situation médicale et conclure à l'aptitude à reprendre une activité professionnelle à 100% dès début mars

2011, en tenant compte de certaines limitations fonctionnelles, alors qu'il ne comprend pas l'incapacité de travail entière retenue dans les rapports successifs du Dr T._____.

C. Par acte du 19 octobre 2011, l'avocat de R._____ a recouru contre la décision sur opposition du 29 avril 2011 en concluant à sa réforme en ce sens que l'opposition du 29 avril 2011 est admise et que l'intimée doit continuer à verser les indemnités journalières dues à la recourante à 100% du 1^{er} mars au 30 juin 2011 et à 50% à partir du 1^{er} juillet 2011. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pour départager les avis médicaux divergents. Il a exposé qu'entre le 28 février 2011 (date à laquelle l'assureur a cessé à tort de verser les indemnités journalières) jusqu'à fin juin 2011, la recourante a été entièrement incapable de travailler et inapte au placement. A partir du 1^{er} juillet 2011, les indemnités journalières pouvaient être réduites de moitié. A l'appui de son recours, elle a produit notamment la pièce suivante :

- Une décision sur opposition rendue le 19 août 2011 par laquelle le Service de l'emploi, Instance Juridique Chômage, a partiellement admis l'opposition (I), confirmé la décision de l'ORP (Office régional de placement) en ce sens que l'assurée est inapte au placement du 11 mars au 30 juin 2011 (II) et renvoyé la cause à l'ORP pour nouvel examen de l'aptitude au placement à compter du 1^{er} juillet 2011 et nouvelle décision (III), en considérant notamment ce qui suit :

"Or l'opposante a déclaré dans sa lettre du 5 avril 2011 à la division juridique des ORP qu'elle se considérait elle-même comme totalement incapable de travailler; le dossier ne contient d'ailleurs aucun justificatif de recherches d'emploi depuis son inscription comme demandeuse d'emploi et elle a également admis dans cette même lettre que son état de santé l'empêchait d'entreprendre de telles recherches, malgré toute sa volonté.

(...)

5. En revanche, l'ORP a retenu lors de l'entretien du 7 juillet 2011 que l'opposante avait entrepris des recherches d'emploi dès le début du mois de juillet 2011, suite à un nouveau certificat médical du Dr T._____. Compte tenu de ce nouvel élément, il appartiendra à la division juridique des ORP d'examiner l'aptitude au placement depuis le 1^{er} juillet 2011 et de rendre une décision à ce sujet."

- Une lettre adressée le 21 septembre 2011 par le Service de l'emploi, Instance Juridique Chômage, à la Caisse de chômage syndicom qui constatait que l'assurée avait déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité et disposait d'une capacité de travail à 50%, si bien qu'elle pouvait être reconnue apte au placement dès le 1^{er} juillet 2011, raison pour laquelle il avait renoncé à rendre une décision administrative.

Dans sa réponse du 28 novembre 2011, la A._____ SA a conclu au rejet du recours en relevant en bref que le Dr T._____ n'avait pas jugé utile de mettre en place la prise en charge par l'Unité du rachis du CHUV préconisée par le Dr C._____, qui a tenu compte des plaintes et limitations chez l'assurée dans l'anamnèse de son rapport du 7 décembre 2010. En outre, les plaintes décrites par les deux médecins ne correspondaient pas.

Le 2 février 2012, le conseil de la recourante a répété sa requête d'expertise médicale judiciaire.

Le 20 février 2012, l'intimée a renoncé à dupliquer et confirmé ses conclusions.

D. Sur requête du 19 juillet 2012 du juge instructeur, l'OAI a produit son dossier, dont la consultation a été proposée aux parties avec un délai pour se déterminer. On y trouve notamment les éléments de fait suivants :

- Le 17 mai 2010, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations AI pour adultes.

- Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes déposée le 13 mai 2010, l'OAI a ordonné un examen clinique rhumatologique de l'assurée auprès du Service médical régional AI (SMR). Après avoir examiné celle-ci le 26 janvier 2012, le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a déposé son rapport le 13 mars 2012, qui contient un

examen des documents au dossier, une anamnèse complète (antécédents familiaux, anamnèse professionnelle, antécédents personnels généraux, anamnèse actuelle, anamnèse par système, habitudes, vie quotidienne et contexte psychosocial), un status (général, neurologique et ostéoarticulaire), un exposé du dossier radiologique, des diagnostics et une évaluation du cas. Il a retenu une capacité de travail exigible de 75% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. On peut y lire notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*

- cervico-dorsolombalgies plurifactorielles. M54.0
 - séquelles de poliomyélite avec amyotrophie du membre inférieur droit.
 - troubles statiques sur raccourcissement du membre inférieur gauche d'environ 1 cm.
 - troubles dégénératifs modérés du rachis cervical avec discopathies étagées et uncarthrose C5-C6, C6-C7.
 - status après fracture-tassement de L1 avec déformation cunéiforme en décembre 2009.
 - status après vertébroplastie de L1 en juillet 2010.
 - troubles statiques et dégénératifs modérés débutants du rachis lombaire terminal.
 - dysbalances musculaires.
- *sans répercussion sur la capacité de travail*
- hypothyroïdie substituée.
 - antécédent de déficit vestibulaire droit partiel.

EVALUATION DU CAS

(...)

En conclusion, cette assurée présente une symptomatologie douloureuse chronique rachidienne en relation avec des troubles statiques secondaires à des séquelles d'une poliomyélite, aggravés par la présence de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire et par un status après fracture-tassement (post-traumatique) du plateau supérieur de L1 en décembre 2009. Les limitations dans les amplitudes articulaires constatées lors de l'examen au SMR sont en relation avec un déconditionnement musculaire, des dysbalances et une symptomatologie algique chronique. Le trouble neurologique présenté par l'assurée est séquellaire à la poliomyélite contractée dans l'enfance.

L'ensemble des lésions structurelles objectivées par les examens cliniques réalisés à ce jour et les différents examens complémentaires effectués sont à l'origine de limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge ou nécessitant des positions statiques prolongées ou des positions en porte-à-faux et en antéflexion du rachis. L'activité habituelle de l'assurée (assistante médicale) peut

être considérée comme une activité adaptée, raison pour laquelle une pleine capacité de travail est retenue, avec une diminution de rendement de 25%. Cette diminution de rendement s'explique par l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues, la symptomatologie douloureuse persistante et les dysbalances musculaires non récupérables (en relation avec les séquelles de poliomyélite).

L'incapacité de travail totale décrite par son médecin traitant lors de son dernier rapport adressé à l'AI au mois de novembre 2011 ne peut se justifier sur le plan médical au vu du status clinique de ce jour.

L'évaluation du médecin traitant est empreinte d'une forte empathie et tient vraisemblablement compte de facteurs d'origine non médicale (socio-économique).

Limitations fonctionnelles

Absence de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique assise au-delà d'1/2 heure, sans possibilité de varier les positions assise-debout immobile 2 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de position statique debout immobile avec piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 1/2 heure, pas de montée ou descente d'escaliers, pas de position à genuflexion ou accroupie, pas d'activité en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?
Le 29.12.2009 (à la suite de l'accident de la voie publique).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?
100% d'incapacité de travail jusqu'au 31.12.2010.

A partir du 1.01.2010, une capacité de travail de 50% est retenue dans son activité habituelle.

A partir du 1.03.2011, une pleine capacité de travail est retenue dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 25% en relation avec les différentes limitations fonctionnelles retenues, la symptomatologie douloureuse persistante et les dysbalances musculaires constatées."

- Dans une réponse à des questions posées dans une lettre du 13 octobre 2011 du SMR, parvenue le 28 mars 2012 à l'OAI, le Dr T. _____ a relevé ce qui suit :

"1. L'évolution de l'état de santé de Mme R. _____ est défavorable, la patiente ne peut exercer une activité physique quelconque, ni faire son ménage en raison de sa pathologie lombaire post-traumatique, le tout aggravé par des séquelles de poliomyélite avec disbalance au niveau lombaire avec répercussions ascendantes jusqu'au niveau

cervical associés à des céphalées importantes. La notion de vertiges, investiguée au CHUV, avec un diagnostic de troubles vasculaires au niveau vertébro-basilaire a tendance à aggraver la situation, l'évolution à ce niveau n'est pas stabilisée.

2. Sa capacité de travail dans son activité habituelle peut être considérée comme nulle depuis l'accident du 29 décembre 2009.

3. + 4. Compte tenu de son handicap il paraît totalement irréaliste de vouloir proposer une activité professionnelle suivie, qui ne soit pas interrompue par des arrêts de travail et un absentéisme par ailleurs totalement justifiés par ses troubles, dans ces conditions une incapacité de travail à 100% devrait être retenue. Je vous mets au défi de trouver une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de Mme R._____.

5. Il n'y a pas d'activité adaptée dans la situation actuelle du marché qui puisse être raisonnablement proposée à Mme R._____."

- Par projet d'acceptation de rente du 27 juin 2012, l'OAI a indiqué qu'il envisageait d'octroyer à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010 jusqu'au 31 mai 2011, à savoir de l'échéance du délai d'attente d'un an à trois mois après avoir récupéré une capacité de travail exigible de 75% (art. 88a al. 1 RAI). Une aide au placement lui était en outre octroyée.

E. Par lettre du 11 septembre 2012, l'intimée a comparé les constatations des Dr C._____ et S._____ au sujet des pathologies dont souffre la recourante et constaté que leurs appréciations n'étaient pas fondamentalement différentes. Elle a donc confirmé ses conclusions.

Par lettre du 19 septembre 2012, le conseil de la recourante a réitéré sa requête d'expertise et produit une lettre qu'il avait rédigée le 20 juillet 2012 à l'intention de l'OAI contestant l'examen clinique rhumatologique effectué le 26 janvier 2012 au SMR et requérant qu'une expertise soit confiée à un médecin spécialiste en rhumatologie.

Le 9 octobre 2012, l'intimée s'est opposée à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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 auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. L'assureur-accidents a pris en charge les indemnités journalières à 100% depuis l'accident du 27 décembre 2009 jusqu'au 28 février 2011 à raison d'une incapacité de travail (art. 16 LAA).

Est litigieux le point de savoir si l'assureur-accidents peut cesser de verser à la recourante les indemnités journalières depuis le 1^{er} mars 2011.

3. a) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité.

Une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4).

b) Un assuré a droit à l'indemnité de chômage, conformément à l'art. 8 al. 1 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité; RS 837.0), s'il satisfait notamment à la condition de l'aptitude au placement (art. 15 LACI).

L'assurance-chômage, l'assurance-accidents (AA) et l'assurance-invalidité (AI) ne sont pas complémentaires. Un assuré qui n'a pas droit à une rente d'invalidité ou d'accident n'a pas forcément droit aux prestations de l'assurance-chômage. L'aptitude au placement, qui comprend non seulement la capacité de travailler, mais encore la volonté d'accepter un travail convenable, n'est pas nécessairement égale à la différence entre le taux d'invalidité reconnu et la capacité totale de travail. Elle ne se confond pas non plus nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle arrêté par un médecin. Un assuré peut dès lors être inapte au placement au sens de la législation sur l'assurance-chômage même si son incapacité de travail est trop faible pour déclencher un droit à l'obtention d'une rente d'invalidité ou d'accident. De même, le droit à une rente entière de l'AI ou de l'AA n'exclut pas fondamentalement l'aptitude au placement (ATF 110 V 276; arrêt C_282/05 du 3 mars 2006).

L'absence de complémentarité provient aussi du fait que l'indemnisation, en assurance-chômage, dépend notamment de l'étendue de la perte de travail à prendre en considération (ATF 126 V 126). Une disponibilité partielle, qui peut ne dépendre que de la volonté de l'assuré (indépendamment de sa capacité de travail) induit une diminution

proportionnelle de son gain assuré. Ainsi, un assuré à qui le droit à une rente AI ou AA a été refusé et qui se sent capable de ne travailler qu'à temps partiel, verra son gain assuré réduit en proportion de sa disponibilité, même si sa perte de gain résiduelle n'est pas indemnisée par une autre assurance sociale. Dans ce contexte, le taux d'occupation qui ressort des recherches d'emploi constitue un indice permettant de déterminer le taux de disponibilité de l'assuré. On signalera en passant que l'AI/AA a vocation à couvrir la perte de la capacité de gain et non la seule perte de gain. A noter enfin que l'art. 49 al. 4 LPGA donne un droit de recours à l'assureur touché par une décision d'un autre assureur l'obligeant à allouer des prestations. Or, comme il n'existe aucune complémentarité entre l'assurance-chômage et l'AI ou l'AA, cette dernière assurance n'a pas de droit de recours contre les décisions d'inaptitude au placement de chômeurs handicapés (ATF 131 V 362 situation similaire; Boris Rubin, Assurance-chômage, 2e éd., Zurich/Bâle/Genève 2006, pp. 245-247).

L'art. 15 al. 3 OACI pose le principe régissant l'aptitude au placement de la personne handicapée qui s'est annoncée à l'assurance-invalidité ou à une autre assurance. La règle est la suivante : lorsque, dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché de l'emploi, un handicapé n'est pas manifestement inapte au placement et qu'il s'est annoncé à l'assurance-invalidité ou à une autre assurance selon l'art. 15 al. 2 OACI, il est réputé apte au placement jusqu'à la décision de l'autre assurance. Cette reconnaissance n'a aucune incidence sur l'appréciation, par les organes des autres assurances, de son aptitude au travail ou à l'exercice d'une activité lucrative.

c) Bien que l'aptitude au placement suppose notamment la capacité de travail (cf. l'art. 15 al. 3 LACI où cette notion est mentionnée explicitement), les notions d'aptitude au placement et de capacité de travail ne se recouvrent toutefois pas. Ainsi, les organes de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents ne doivent pas, lorsqu'ils examinent l'incapacité de travail, tenir compte de facteurs étrangers à l'invalidité comme une formation scolaire insuffisante ou un manque de

connaissances linguistiques (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5 p. 356). Dans l'assurance-chômage, en revanche, certains éléments étrangers à l'invalidité doivent être pris en considération pour pouvoir définir ce qu'est un travail convenable au sens de l'art. 16 al. 2 let. c LACI. Etant donné que des facteurs étrangers à l'invalidité n'entrent pas en ligne de compte, l'assurance-invalidité et accident pose des exigences moins strictes que l'assurance-chômage en ce qui concerne le travail convenable. C'est pourquoi ces différentes branches des assurances sociales examinent les conditions de la capacité de travail et de l'aptitude au placement selon leurs critères spécifiques, de sorte que pour une même atteinte à la santé donnée, il peut arriver que l'assurance-invalidité et accident constate une capacité de travail entière, tandis que l'assurance-chômage nie l'aptitude au placement. Peu importe à cet égard que l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité se fondent sur la même notion de marché de l'emploi ou du travail équilibré (art. 15 al. 2 LACI et art. 7 LPGA) (TF 8C_245/2011 du 9 février 2011 consid. 5.3).

d) En l'espèce, tant dans la décision du 7 avril 2011 que dans la décision sur opposition du 19 août 2011, l'assurance-chômage ne s'est fondée que sur les déclarations ou les écrits de la recourante pour statuer en admettant en définitive une inaptitude au placement depuis le 11 mars jusqu'au 30 juin 2011, puis une aptitude au placement dès le 1^{er} juillet 2011 à 50% (lettre du 21 septembre 2011). Une appréciation aussi sommaire de la capacité de travail, sans aucune mesure d'instruction, de l'assurance-chômage ne saurait en rien lier les autres assureurs sociaux, en particulier l'assureur-accidents. Dès lors, il n'y a pas lieu d'en tenir compte pour trancher le présent litige.

Enfin, faute de doute sur le débiteur des prestations (art. 70 al. 1 LPGA), la règle générale de coordination posée par l'art. 70 al. 2 let. b LPGA pour la prise en charge provisoire des prestations n'entre pas en ligne de compte.

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

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase).

L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

b) L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2).

aa) L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/2005 du 18 novembre 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 119 V 337 consid. 1).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; TF 8C_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TFA U 215/1997 du 23 février 1999, consid. 3b, in : RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

bb) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, elle est généralement admise dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; pour les troubles psychiques cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4 et 115 V 133 consid. 6c).

c) Dans le domaine des assurances sociales, les assureurs examinent les demandes en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements dont ils ont besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Les autorités et tribunaux apprécient librement les preuves médicales recueillies. Ils doivent 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, ils ne peuvent trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant 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 de l'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; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.3).

Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les

éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, le Dr S._____ retient que la recourante présente une symptomatologie douloureuse chronique rachidienne en relation avec des troubles statiques secondaires à des séquelles d'une poliomyélite, aggravés par la présence de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire et un status après fracture-tassement post-traumatique du plateau supérieur de L1 en décembre 2009. Si le trouble neurologique (c'est-à-dire les dysbalances) présenté par la recourante est séquellaire à la poliomyélite contractée durant l'enfance, les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement sont dues non seulement aux dysbalances, mais également à la symptomatologie algique chronique aggravée par la fracture-tassement post-traumatique du plateau supérieur de L1.

S'il est exact que l'assurance-accidents ne doit tenir compte que des séquelles en relation de causalité avec l'accident (la fracture-tassement du plateau supérieur de L1), force est de constater que le Dr C._____ - bien que relevant dans son courrier du 30 décembre 2010 que la recourante présente selon ses constatations des lombalgies irradiant bilatéralement dans la région paralombaire, exacerbées en flexion antérieure et constatant les séquelles de la poliomyélite - ne se détermine pas ni n'examine ou n'étaye les limitations fonctionnelles consécutives à la seule fracture-tassement du plateau supérieur de L1, ou à la poliomyélite, contrairement à ce que soutient l'assureur. Ce dernier aurait dû à tout le moins soumettre le rapport du Dr S._____ au Dr C._____, ce d'autant

plus qu'il ressort de l'anamnèse que l'activité de la recourante était adaptée aux séquelles de la poliomyélite avant son accident. L'intimée ne pouvait se contenter d'affirmer que le Dr C._____ retient que la capacité de travail est entière sans diminution du rendement à compter du 1^{er} mars 2011 en tenant compte des seules limitations fonctionnelles consécutives à la fracture-tassement, puisque le médecin conseil de l'assureur ne discute même pas des limitations qui seraient potentiellement liées à la poliomyélite. De plus et surtout, l'assureur ne pouvait pas déclarer que cette appréciation n'est pas fondamentalement différente de celle émise par le médecin du SMR qui retient une incapacité de travail de 25% pour les dysbalances et pour la fracture, sans différencier entre ce qui relève de la fracture-tassement de L1 et ce qui relève d'autres affections, notamment la poliomyélite. L'assureur-accidents ne pouvait pas se dispenser d'examiner si la fracture-tassement de L1 avait contribué à aggraver les affections préexistantes au point d'engager la responsabilité de cet assureur (art. 16 LAA) au-delà du 1^{er} mars 2011 ou si celles-ci se seraient de toute manière péjorées sans l'accident. Le rapport déposé le 13 mars 2012 par le Dr S._____ ne permet pas non plus de répondre à ces questions. Il aurait dès lors fallu à tout le moins que le Dr C._____ complète son rapport sur ces questions, en particulier au regard des constatations et conclusions du rapport du Dr S._____. Compte tenu des lacunes du dossier, celui-ci doit être renvoyé à l'intimée pour mettre en œuvre une expertise indépendante (art. 44 LPGA), puis pour rendre une nouvelle décision.

5. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée pour nouvelle instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA ; art. 45 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61

let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'500 fr., montant qui couvre l'indemnité d'office à laquelle le conseil d'office aurait pu prétendre.

**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 23 septembre 2011 par la A._____ SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour nouvelle instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à verser à la recourante R._____ à titre de dépens est mise à la charge de l'intimée.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jacques Micheli (pour R._____),
- A._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :