

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1175/2010

ATAS/933/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 15 septembre 2010**

En la cause

Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Guillaume ETIER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1952, d'origine espagnole et de nationalité suisse, vit en Suisse depuis 1981. Depuis le 15 septembre 1986, elle exerce l'activité de collaboratrice "emballage" à la poissonnerie X \_\_\_\_\_ à plein temps pour un salaire mensuel de 4'450 fr, et l'activité de concierge de son immeuble à temps partiel pour un salaire mensuel de 507 fr.
2. Le 4 juillet 2008, alors qu'elle était passagère d'un bus des TPG à Genève, l'assurée a fait une chute lors d'un brusque freinage du véhicule. Elle a été légèrement blessée et a subi des lésions au dos, de sorte qu'elle a été conduite par ambulance aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG). A la suite de cet accident, l'assurée a été en incapacité totale de travail du 4 juillet 2008 au 10 août 2008.
3. Le 7 juillet 2008, elle a annoncé cet accident à son assureur-accident, la SUVA.
4. Selon un rapport médical établi le 8 juillet 2008 à l'attention de la SUVA par les Drs L \_\_\_\_\_, chef de clinique, et M \_\_\_\_\_, médecin interne remplaçant, l'assurée souffrait d'une fracture-tassement de L1 avec intégrité du mur postérieur et aspect cunéiforme de D12, avec remaniements dégénératifs.
5. Le 14 juillet 2008, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a établi un rapport aux termes duquel l'IRM lombaire avait révélé des tassements des plateaux supérieurs de D12 et L1, l'absence de recul du mur postérieur et des troubles dégénératifs discrets au niveau lombaire bas sans évidence de conflit disco-radulaire.
6. Le 18 juillet 2008, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a adressé à la SUVA un rapport de minéralométrie et relevé la présence d'une ostéoporose de type central débutante.
7. Le 25 juillet 2008, le Dr P \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport médical intermédiaire aux termes duquel il a posé le diagnostic de tassement des plateaux D12 et L1 stable sans déplacement. L'assurée souffrait de douleurs persistantes, en légère amélioration, et n'était pas apte à reprendre le travail.
8. Le 29 juillet 2008, le Dr Q \_\_\_\_\_ de la polyclinique de Médecine a établi un rapport médical LAA, dans lequel il a diagnostiqué un tassement L1 dû à l'accident. L'incapacité de travail de l'assurée était probablement totale du 4 juillet 2008 au 18 juillet 2008, le travail devant être repris complètement dès le 19 juillet 2008.

9. Le 2 septembre 2008, l'assurée a repris le travail partiellement à un taux de 50%. Selon les certificats médicaux établis par son médecin traitant, son incapacité de travail s'élevait à 50% du 2 septembre 2008 au 24 mai 2009.
10. Le 17 octobre 2008, le Dr P\_\_\_\_\_, qui suivait l'assurée en consultation depuis le 9 juillet 2008, a expliqué que les douleurs persistantes dorso-lombaires justifiaient l'arrêt de travail de 50% dès le 2 septembre 2008.
11. Le 28 octobre 2008, le Dr R\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie, a estimé que l'incapacité de travail de 50% à partir du 2 septembre 2008 était justifiée pour les seules suites accidentelles, concernant les vertèbres D12 et L1.
12. Le 7 janvier 2009, le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a établi un rapport aux termes duquel il a conclu que les données TDM démontraient des séquelles d'un tassement corporéal du plateau supérieur de L1 et quasiment corporéal de toute la hauteur des vertèbres en L1 sans recul du mur postérieur; il n'y avait aucune lésion des pédicules démontrable. Par ailleurs, il y avait des discopathies étagées et une arthrose hypertrophiante des articulaires postérieures, une hernie discale médiane sous ligamentaire en L4-L5 et une discopathie avec un débord un peu plus marqué du côté droit où un conflit disco-radiculaire était possible à ce niveau en L5-S1.
13. Le 24 janvier 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical intermédiaire, aux termes duquel le diagnostic était toujours le même, à savoir une fracture par tassement de D12 et de L1 avec douleur lombaire persistante. Il n'y avait pas de circonstance sans rapport avec l'accident susceptible de jouer un rôle dans l'évolution du cas. L'assurée avait repris son travail à 50% depuis le 2 septembre 2008 et le médecin a conseillé à la SUVA de s'adresser à l'employeur de l'assurée pour qu'il lui procure un travail approprié. Par ailleurs, il craignait un dommage permanent sous la forme de douleurs lombaires chroniques.
14. Le 30 janvier 2009, la SUVA a adressé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI) un "formulaire de communication pour adultes : détection précoce", aux termes duquel l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 5 juillet 2008 suite à un accident lui ayant causé une fracture lombaire.
15. Le même jour, l'inspecteur accident auprès de la SUVA a entendu l'assurée et a établi un rapport d'enquête, aux termes duquel l'assurée estimait que l'état de son dos stagnait. Elle prenait pourtant régulièrement des médicaments (Dafalgan, Co-Dafalgan et crèmes) et poursuivait des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine environ. Elle avait du mal à garder longtemps une position statique, aussi bien assise que debout, et devait donc alterner fréquemment ces positions pour éviter l'augmentation des douleurs. Pour l'instant, l'incapacité de travail demeurait totale et indéterminée. L'assurée avait repris le travail à 50% et

cela se passait plus ou moins bien selon les jours, car elle souffrait toujours de douleurs au dos. En ce qui concernait un éventuel poste adapté, cela ne semblait pas possible, au vu des séquelles au dos (positions alternées nécessaires) et les connaissances et capacités limitées de l'assurée.

16. Le 12 février 2009, suite à la communication de la SUVA, l'OAI a adressé un courrier à l'assurée, aux termes duquel une demande auprès de l'assurance-invalidité était nécessaire dans son cas. Il l'a invitée à remplir le formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité.
17. L'assurée a déposé la demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 27 février 2009.
18. Dans son rapport médical intermédiaire du 6 mars 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de fracture par tassement de D12 et L1. L'assurée avait toujours des douleurs dorso-lombaires chroniques; il existait une circonstance sans rapport avec l'accident jouant un rôle dans l'évolution du cas, soit la maladie de Scheuermann. L'assurée avait repris le travail à 50% le 2 septembre 2008 et le médecin a conseillé à la SUVA de s'adresser à l'employeur de l'assurée pour qu'il lui procure un travail approprié; il craignait un dommage permanent sous la forme de douleurs chroniques.
19. L'inspecteur de la SUVA a à nouveau entendu l'assurée et rédigé un rapport d'enquête le 9 mars 2009. L'assurée lui a expliqué qu'il n'y avait aucune amélioration de son état de santé depuis l'entretien du 30 janvier 2009. Elle avait au contraire toujours mal au dos, malgré la prise quotidienne de médicaments (Dafalgan, Co-Dafalgan, patchs, crèmes) et les séances de physiothérapie. La capacité de travail demeurait partielle à 50%. Dès la fin d'une demi-journée de travail, l'assurée se sentait fatiguée et devait se coucher pour soulager son dos. Enfin, elle a souligné qu'elle n'arrivait pas à travailler avec un plein rendement, même à 50% (travail plus lent et petites pauses nécessaires).
20. Dans un rapport du 12 mars 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ a encore confirmé le diagnostic de fracture par tassement de D12 et L1 depuis le 4 juillet 2008 suite à l'accident, avec effet sur la capacité de travail. Il a également noté une dorso-lombargie chronique. L'incapacité de travail était de 50% dès le 8 septembre 2008.
21. Le 17 mars 2009, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a expliqué qu'il avait reçu l'assurée en consultation unique le 6 janvier 2009. Concernant les constatations initiales, elle présentait des lombodorsalgies. Elle avait également de l'arthrose préexistante et une fracture par tassement de D12-L1 avec atteinte préexistante lombaire. Le praticien a relevé une amélioration lente et a précisé que l'assurée présentait une incapacité de travail à moyen et long terme de 50%.

22. Selon son rapport de visite de l'employeur du 27 mars 2009, l'OAI a noté que l'assurée travaillait à 50% dans un poste qui avait été adapté suite à son accident. Il existait des problèmes de rentabilité sur le 50% et l'assurée ne semblait pas satisfaisante complètement son supérieur. La situation stagnait et il n'y avait aucune amélioration de l'état de santé de l'assurée, qui avait l'air de se complaire dans cette situation et vivait passivement les événements. Si l'assurée ne pouvait pas reprendre une activité à 100%, l'entreprise risquait de s'en séparer.
23. Le 1<sup>er</sup> avril 2009, l'inspecteur de la SUVA a établi un nouveau rapport d'enquête, aux termes duquel il n'y avait aucune amélioration dans l'état de santé de l'assurée. Lors d'un appel téléphonique du 7 avril 2009, l'assurée a informé la SUVA que son état de santé ne s'améliorait aucunement et que la reprise du travail à 50% lui était pénible.
24. L'OAI a quant à lui établi un rapport d'évaluation concernant l'assurée en date du 5 mai 2009. Il a rappelé que la demande s'inscrivait dans le cadre d'une fracture sur tassement lombaire qui avait entraîné une incapacité de travail depuis le 5 juillet 2008. L'assurée savait à peine lire et écrire, que ce soit en français ou en espagnol. Elle n'avait pas suivi l'école obligatoire en Espagne et n'avait aucune formation professionnelle, bien qu'elle prenait des cours de couture une fois par semaine depuis quelques années. A part son travail actuel, l'assurée ne savait pas ce qu'elle pourrait faire. Elle percevait toujours son salaire de préparatrice, entièrement, plus son salaire de concierge d'un montant de 500 fr par mois. Depuis son accident, son compagnon l'aidait énormément dans cette dernière activité (sortir les poubelles, nettoyer l'allée).
25. Le 5 mai 2009, le Dr R\_\_\_\_\_ a rédigé une appréciation médicale de la situation pour la SUVA. L'assurée souffrait depuis son accident de fractures-tassements des murs antérieurs de D12 et L1. L'état était stagnant et la reprise de son travail de préparatrice à 50% n'était pas satisfaisante, au vu des douleurs malgré tous les traitements entrepris. L'assurée travaillait également comme concierge, activité qu'elle ne pouvait plus exercer depuis son accident. Au vu de l'évolution, une demande de prise en charge pour évaluation globale à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) était faite ce jour.
26. Selon les certificats médicaux établis par son médecin traitant, l'incapacité de travail de l'assurée s'est à nouveau élevée à 100% du 25 mai 2009 au 30 novembre 2009.
27. L'assurée a séjourné à la CRR du 26 mai 2009 au 24 juin 2009.
28. Dans un rapport du 22 juin 2009, Madame D\_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée au sein de la CRR, a observé que l'assurée n'arrivait pas à maintenir une position assise prolongée et qu'elle devait utiliser la rampe pour monter et descendre les escaliers. La volonté de donner le maximum lors des exercices lui

paraissait toutefois incertaine de la part de l'assurée et des auto-limitations dues à ses douleurs étaient fréquentes. Quant à la suite thérapeutique, aucune proposition de poursuite ambulatoire n'était formulée et un programme d'exercices à domicile avait été instruit à l'assurée.

29. Aux termes de l'avis de sortie de l'assurée du 24 juin 2009, le Dr U \_\_\_\_\_, médecin-assistant au sein de la CRR, a diagnostiqué des fractures des plateaux supérieurs de D12 et L1 avec cicatrisation correcte, des discopathies dégénératives de L3 à S1 sans syndrome radiculaire et des douleurs rachidiennes localisées essentiellement à la charnière dorso-lombaire avec cyphose segmentaire à ce niveau. Il a relevé une incapacité de travail totale du 26 mai 2009 au 28 juin 2009 et préconisé un traitement à la sortie. Un changement de profession était par ailleurs indiqué.
30. Le 17 août 2009, les Drs U \_\_\_\_\_, médecin-assistant, et V \_\_\_\_\_, chef de service, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et spécialiste FMH en rhumatologie, ont rédigé leur rapport sur le séjour de l'assurée à la CRR. Les douleurs étaient dorsolombaires sur un fond continu de type mécanique, sans irradiation dans les membres inférieurs. A l'examen, on trouvait une lordose lombaire prononcée. Les mouvements dorsolombaires étaient très douloureux, il n'y avait pas de signe en faveur d'un syndrome radiculaire et l'examen neurologique était "sp". Les "rx" de la colonne dorsolombaire du 4 juillet 2008 montraient une fracture-tassement de L1 (perte de hauteur de 30% du mur antérieur), une petite marche d'escalier de la partie supérieure du mur antérieur de D12 pouvant faire suspecter une petite fracture-tassement, un discret pincement intersomatique L3-L4 s'accompagnant d'ostéophytes de traction et un pincement intersomatique marqué L5-S1. L'IRM lombaire du 11 juillet 2008 mettait en évidence les tassements récents D12 et L1 et quelques signes de dégénérescence discale L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Le canal dorsal bas et lombaire était large. Le CT-scan du 6 janvier 2009 montrait des remodelages des plateaux supérieurs D12 (perte de hauteur de 15% du mur antérieur) et L1 (perte de hauteur de 30-40%), quelques discrètes séquelles de dystrophie rachidienne de croissance et les troubles dégénératifs précités. Durant son séjour, l'assurée avait suivi une prise en charge rééducative et un traitement antalgique. La douleur et le niveau du handicap fonctionnel subjectif très élevés aussi bien à l'entrée qu'à la sortie contrastaient avec ce que les médecins avaient observé lors des thérapies et des déplacements ou entretiens. Aucune physiothérapie ambulatoire n'était prescrite vu l'absence d'impact positif de la rééducation, les auto-limitations dues aux douleurs et la coopération moyenne durant les thérapies. Du point de vue professionnel, les médecins ont conclu qu'on pouvait justifier une incapacité de travail de l'assurée dans une activité très contraignante pour le dos. Il était par ailleurs médicalement exigible qu'elle reprenne son activité professionnelle à 50% dans un premier temps, même si cela impliquait un effort important de sa part. Les indicateurs subjectifs étant dans le rouge, la réintégration professionnelle s'annonçait cependant difficile. En

conclusion, il y avait eu des fractures des plateaux supérieurs de D12 et L1. Elles étaient consolidées et laissaient une cyphose segmentaire modérée. A coté de cela, il existait des discopathies dégénératives mais il n'y avait pas de syndrome radiculaire. La douleur était parfois étendue, parfois localisée plutôt à la jonction dorso-lombaire. Il n'y avait pas de gêne visible au cours des entretiens et pour les activités simples de la vie quotidienne telles que la marche ou le maintien de la position assise durant les entretiens. La patiente ne se sentait pas apte à reprendre son activité professionnelle du moment qu'elle avait encore mal. Du point de vue médical, une reprise de travail à 50% était exigible et les médecins laissaient l'Agence contacter l'employeur et la patiente de façon à l'organiser. D'ici là, l'incapacité totale était maintenue. A cet égard, les médecins ont rappelé que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans la profession actuelle du 26 mai 2009 au 28 juin 2009. Enfin, compte tenu de la perception d'un handicap fonctionnel très élevé, la réintégration professionnelle s'annonçait difficile.

31. Le 15 juillet 2009, l'employeur de l'assurée l'a licenciée avec effet au 31 octobre 2009.
32. Par communication du 31 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée que selon ses constatations, des mesures de réadaptation n'étaient en l'état pas possibles en raison de son état de santé. Toutefois, elles pourraient faire l'objet d'une nouvelle analyse à l'issue de l'instruction du dossier. Par conséquent, l'OAI allait examiner le droit de l'assurée à d'autres prestations de l'assurance-invalidité et lui adresserait plus tard une décision séparée à cet égard.
33. Par décision du 2 septembre 2009, la SUVA a reconnu à l'assurée une capacité de travail à 50% dès le 7 septembre 2009. D'après le résultat de l'examen médical des médecins de la CRR et l'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_, il apparaissait en effet qu'une reprise de travail à 50% dans son activité professionnelle habituelle était médicalement exigible.
34. Le 3 septembre 2009, l'employeur de l'assurée lui a adressé un courrier aux termes duquel il venait d'être informé que la SUVA lui reconnaissait une capacité de travail à 50% dès le 7 septembre 2009. Il l'a alors dispensée de se présenter à son poste de travail dès cette date et ce, jusqu'au terme de son contrat de travail fixé au 31 octobre 2009.
35. Par courrier du 15 septembre 2009, l'employeur de l'assurée l'a informée qu'elle bénéficierait de la retraite anticipée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 et qu'une rente de vieillesse proportionnelle à ses années de cotisation lui serait versée par la caisse de pensions MIGROS.
36. Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, le Dr R\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée à la demande de la SUVA. Dans son rapport d'examen final, le médecin-conseil a constaté que les plaintes algiques étaient toujours au premier plan, que les médicaments antalgiques

n'apportaient pas le bénéfice escompté et que la physiothérapie avait fait preuve de son inefficacité. L'assurée estimait ne plus pouvoir faire son travail et était en préretraite concernant son activité de préparatrice en poissonnerie. La situation pouvait être estimée comme stabilisée, avec un dommage permanent. Tout travail de surcharge de la région lombaire était impossible pour les seules séquelles de la fracture (essentiellement L1 vu la bénignité de l'atteinte de D12). Il fallait éviter les ports de charge légères à moyennes, les travaux en porte-à-faux vers l'avant et les positions statiques prolongées. Dans une activité respectant ces conditions, on pouvait néanmoins s'attendre à une capacité de travail totale.

37. Le 9 octobre 2009, la SUVA a adressé un courrier au conseil de l'assurée, aux termes duquel selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident de sa mandante, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis les médicaments antalgiques et deux à quatre consultations annuelles auprès du médecin-traitant. L'indemnité journalière serait allouée jusqu'au 30 novembre 2009 sur la base d'une incapacité de travail de 50% concernant son activité de préparatrice et de 100% concernant son activité de concierge. La SUVA allait examiner si les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009 étaient remplies et le tiendrait informé dès que possible.
38. Le 10 octobre 2009, le Dr R\_\_\_\_\_ a procédé à une estimation de l'atteinte à l'intégrité de l'assurée. Il a utilisé la table VII concernant les affections de la colonne vertébrale et a retenu une fracture mur antérieur de L1 sans modification de la statique dorsolombaire, pouvant expliquer des douleurs minimales permanentes à ++ correspondant à 5% d'atteinte à l'intégrité. Ainsi, la SUVA a reconnu à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'elle a estimée à 5%.
39. Selon l'avis du Dr W\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) du 13 janvier 2010, les lombodorsalgies post-traumatiques constituaient l'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Au lendemain de sa sortie de la CRR le 25 juin 2009, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et de 50% dans son activité habituelle.
40. Le 21 janvier 2010, l'OAI a adressé au conseil de l'assurée un projet de décision. Selon l'avis de son service médical, il retenait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 25 juin 2009. Au vu de cette capacité de travail résiduelle, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de sa perte de gain (degré d'invalidité), en comparant son revenu sans invalidité avec son revenu d'invalidité. Au terme de cette comparaison, l'OAI est arrivé à la conclusion que la perte de gain de l'assurée s'élevait à 19'849 fr, correspondant à un degré d'invalidité de 31%. Or, un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à la rente d'invalidité et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées étant donné que l'assurée avait

été mise au bénéfice d'une préretraite de son deuxième pilier. Partant, la demande était rejetée et l'assurée n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

41. Le conseil de l'assurée a fait part de ses observations à l'OAI en date du 26 janvier 2010. Il a rappelé que la SUVA, dans sa décision du 2 septembre 2009, avait reconnu à sa mandante une incapacité de travail de 50% dès le 7 septembre 2009. Le médecin traitant, le Dr P\_\_\_\_\_, considérait quant à lui l'assurée comme complètement incapable d'exercer une profession, même dans une activité adaptée. Ainsi, seule une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée pouvait lui être reconnue. Selon les données salariales retenues dans le projet de décision, la perte de gain de sa mandante s'élevait dès lors à 41'942 fr, correspondant à un degré d'invalidité de 65%, ouvrant le droit à l'octroi de trois quarts de rente.
42. Par décision du 2 mars 2010, reçue par l'assurée le 8 mars 2010, l'OAI a rejeté la demande en se référant aux motifs contenus dans son projet de décision du 21 janvier 2010.
43. L'assurée a interjeté recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil en date du 7 avril 2010. Elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à ce que le Tribunal constate qu'elle a droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Elle a estimé que l'OAI s'était écarté sans raison valable et sans motivation de tous les avis médicaux pertinents lui reconnaissant une capacité de travail limitée. La conclusion devait ainsi être prise que sa capacité de travail résiduelle exigible dans une activité adaptée ne pouvait s'élever au-delà de 50%. Elle relève que son revenu sans invalidité est effectivement de 64'035,-- fr, mais que son revenu d'invalidé, dans une activité adaptée exercée à 50%, est de 21'368,15 fr. Ce revenu d'invalidé, comparé au revenu obtenu avant invalidité conduit à un taux d'invalidité de 66,63%, ouvrant droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.
44. Dans sa réponse du 5 mai 2010, l'OAI a joint un rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du SMR, aux termes duquel, en se basant sur les éléments cliniques objectivés tant lors de l'examen final de la CNA que pendant le séjour à la CRR et tout en retenant la présence des troubles dégénératifs du rachis, on pouvait conclure à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. L'OAI a conclu au rejet du recours. Selon lui, il ressortait à la fois de l'examen clinique pratiqué lors du séjour de la recourante à la CRR que du rapport final de la CNA, qui tenait compte de toutes les pièces au dossier, que celle-ci disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles constatées, lesquelles reflétaient globalement les mesures d'épargne du rachis classiques en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie en question. Cette appréciation tenait compte des plaintes de la recourante, étant précisé que le rapport d'expertise de la CRR du 17 août 2009 avait déjà mis en

valeur que la douleur et le niveau de handicap fonctionnel subjectif contrastaient avec les observations des experts lors des thérapies et déplacements ou entretiens effectués. Il fallait également admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière.

45. Cette écriture a été communiquée à l'assurée en date du 12 mai 2010. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision litigieuse a été reçue par la recourante en date du 8 mars 2010. Le délai de recours a commencé à courir le 9 mars 2010 et est parvenu à échéance le jeudi 22 avril 2010. En effet, selon l'art. 38 al. 4 LPGA applicable par analogie (cf. art. 60 al. 2 LPGA), les délais ne courent pas du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement. Le recours, déposé le 7 avril 2010, a dès lors été interjeté en temps utile.

Déposé par ailleurs en la forme requise, le recours est ainsi recevable (art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)

4. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des

possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29<sup>ter</sup> RAI).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et

pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant plus particulièrement de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. Comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, 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 entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée de partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). En tout état, l'OAI ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assureur-accidents (ATF non publié du 8 août 2008, 9C\_751/2007).

9. En l'espèce, une évaluation globale a été réalisée à la CRR le 17 août 2009 par les Drs V\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, suite au séjour de la recourante à la CRR entre le 26 mai 2009 et le 24 juin 2009. Au terme de leur analyse, les médecins ont retenu qu'il était médicalement exigible que la recourante reprenne son activité professionnelle habituelle à 50%. Ils ne se sont toutefois pas prononcés explicitement sur sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée, et ont simplement souligné que c'était une activité très contraignante pour le dos qui pouvait justifier une incapacité de travail de la recourante.

Par décision du 2 septembre 2009, la SUVA a reconnu à la recourante une capacité de travail de 50% dans son activité professionnelle habituelle. Le 1<sup>er</sup> octobre 2009, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr R\_\_\_\_\_, a précisé que la capacité de travail était par contre de 100% dans une activité adaptée.

Selon le Dr W\_\_\_\_\_, du SMR, la recourante présente dès le 25 juin 2009 une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et de 50% dans son activité habituelle.

Le Dr P\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, l'a quant à lui reconnue en totale incapacité de travail du 25 mai 2009 au 30 novembre 2009.

10. L'intimé a suivi les conclusions de son service médical et a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Ce faisant, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'intimé ne s'est pas écarté sans raison valable et sans motivation de tous les avis médicaux pertinents lui reconnaissant une capacité de travail limitée.

Au contraire, le médecin d'arrondissement de la SUVA a également estimé que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans une activité adaptée. Cette appréciation va d'ailleurs dans le sens de l'évaluation globale des médecins de la CRR, aux termes de laquelle seule une activité très contraignante pour le dos peut justifier une incapacité de travail de la recourante.

Le Tribunal relève que tant les médecins de la CRR que le médecin d'arrondissement de la SUVA ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, les médecins se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et les deux rapports de plusieurs pages sont circonstanciés. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les médecins ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée.

Le médecin d'arrondissement de la SUVA est parvenu à des conclusions claires, à savoir que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans une activité adaptée. Les médecins de la CRR ont quant à eux souligné que seule une activité très contraignante pour le dos peut justifier une incapacité de travail de la recourante.

Le SMR s'est basé sur les appréciations précitées pour rendre son rapport. Ainsi qu'il l'a expliqué de manière convaincante, on peut retenir une capacité de travail de la recourante de 50% dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée en se basant sur les éléments cliniques objectivés tant lors de l'examen final de la SUVA que pendant le séjour à la CRR et en retenant la présence des troubles dégénératifs du rachis.

Les rapports médicaux établis par le Dr P\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions claires des médecins de la SUVA et du SMR. A ce propos, il convient de rappeler que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions des médecins de la SUVA et du SMR et retient que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dès le 24 juin 2009, date de sa sortie de la clinique de réadaptation.

11. En vertu de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision

---

et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

Le revenu d'invalidité doit pour sa part être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le Tribunal fédéral admet la référence au groupe des tableaux « A » de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), correspondant aux salaires bruts standardisés, pour déterminer le revenu qu'on peut raisonnablement exiger d'un invalide en dépit de son atteinte à la santé lorsqu'aucun revenu effectif n'est réalisé (cf. ATF 124 V 321). Il convient en outre de toujours se rapporter à la valeur médiane.

12. En l'espèce, la recourante, en incapacité de travail dès le 4 juillet 2008, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 27 février 2009, de sorte que son éventuel droit à la rente est né le 27 août 2009 (art. 29 al. 1 LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, c'est donc l'année 2009 qui est déterminante, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à cette même année.

En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité de la recourante, il résulte des pièces du dossier qu'elle aurait perçu en 2009 un revenu annuel total de 67'295 fr, correspondant à son revenu d'employée de X\_\_\_\_\_ de 60'704 fr [57'850 (4'450 x 13) + indemnité de poste de 1'924 + prime de résultat de 930 fr.] et à son revenu de concierge de 6'591 fr (507 fr. x 13)

Pour déterminer ensuite le revenu d'invalidité de la recourante, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales,

telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76). Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée dans une activité légère et adaptée de type industriel, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit en 2008, 4'116 fr par mois ou 49'392 fr annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, p. 11, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2009 (41,7 heures; la Vie économique, 7/8-2010, p. 90, B 9.2), ce montant doit être porté à 51'491 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2009 (+ 2,1%; la Vie économique, 7/8-2010, p. 91, B 10.2), on obtient un revenu annuel de 52'572 fr. Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). Ainsi que les parties l'ont retenu à juste titre, une réduction supplémentaire de 15% doit être accordée compte tenu de l'âge et des années de service de la recourante. Son revenu avec invalidité s'élève donc de 44'687 fr.

Il résulte de ce qui précède que la perte de gain de la recourante s'élève à 22'608 fr, correspondant à un degré d'invalidité de 33,5 %.

Dans la mesure où un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité (cf art. 28 al. 1 et 2 LAI), la recourante n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

13. Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté.
14. L'émolument, fixé à 200 fr, est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le