

GE_GERICHTE A/3196/2008 vom 23. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3196_2008

FR: GE_GERICHTE A/3196/2008 du 23 juin 2010

IT: GE_GERICHTE A/3196/2008 del 23 giugno 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.06.2010
A/3196/2008

A/3196/2008 ATAS/693/2010 du 23.06.2010 (LAA), PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 02.09.2010, rendu le 05.07.2011, IRRECEVABLE, 8C_696/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3196/2008 ATAS/693/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 23 juin 2010 En la cause Madame L_____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI recourante contre COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, Wuhrmattstrasse 21, BOTTMINGEN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Madame L_____ (ci-après l'assurée), née en 1954, d'origine portugaise, sans formation professionnelle, travaillait depuis octobre 1994 en tant que nettoyeuse de bureaux, à raison de deux heures le soir, cinq jours par semaine, pour le compte de l'entreprise X_____ S.A. En outre, depuis le 1 er janvier 2000, l'assurée travaillait à plein temps en qualité de femme de chambre auprès de Y_____ (ci-après Y_____). A ce titre, elle était assurée auprès de la COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE (ci-après l'assureur) en cas d'accidents professionnels et non professionnels. Elle travaillait 37.5 heures par semaine, correspondant à un 100%. Le 4 juin 2001, l'assurée a été victime d'un accident de circulation en tant que passagère d'un véhicule arrêté et percuté par derrière. Après avoir été désincarcérée, l'assurée a été emmenée aux urgences de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG), où une fracture du plateau supérieur marginal antérieur de D12 avec une cyphose locale à 14° a été constatée. L'assurée a été hospitalisée jusqu'au 18 juin 2001 et un traitement conservateur a été prodigué, soit le port d'un corset pendant trois mois ainsi que des séances de physiothérapie. L'intéressée a été incapable de travailler à 100% du 4 juin 2001 au 14 janvier 2002, puis à 70% du 14 janvier au 3 mars 2002, à 50% du 4 mars au 2 septembre 2002, puis à nouveau à 100% du 1 er juin au 6 septembre 2003, puis à 50%. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident. Par rapport du 25 mars 2002, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué qu'en raison de l'accident, l'assurée avait été victime d'une fracture de la 12 ème vertèbre dorsale. Elle était en période de reprise des activités professionnelles. Il était possible qu'un taux supérieur à 50% puisse être repris, mais il était encore trop tôt pour le dire. L'assurée était handicapée dans les travaux nécessitant l'usage de la force, soit le port de charges (les courses, entretien ménager lourd). Dans un courrier adressé le 13 décembre 2002 au mandataire de l'assurée, Maître Gilbert BRATSCHI, le Dr A_____ a indiqué que l'évolution depuis mars 2002 était stationnaire, avec persistance de douleurs à l'effort, soulagées par le repos et les anti-inflammatoires. Il persistait une cyphose dorsale séquellaire du tassement du mur antérieur de la 12 ème

vertèbre dorsale qui occasionne une fatigabilité dans les travaux impliquant le port de lourdes charges et même dans la position debout prolongée, ce qui nécessitait la prise occasionnelle d'anti-inflammatoires et des séances occasionnelles de physiothérapie. Selon lui, l'activité accessoire de nettoyeuse exercée le soir à raison de deux heures par jour n'était plus exigible. Par contre, dans l'activité principale, si l'employeur continuait à alléger le travail, l'assurée pouvait la poursuivre à 100%. Le 3 mars 2003, a eu lieu un entretien entre un inspecteur de l'assureur et l'assurée. Cette dernière a expliqué qu'avant l'accident, son activité principale consistait à passer une machine à nettoyer ainsi que la cireuse sur les sols des couloirs et des locaux communs, passer l'aspirateur et la panosse dans les chambres, nettoyer les vitres et enlever la poussière. Occasionnellement, elle aidait à faire les lits et à apporter/enlever les plateaux-repas. Depuis la reprise du travail, son employeur avait accepté d'aménager son travail, dans la mesure où elle n'accomplissait que les tâches qui n'impliquent aucun effort, tels la désinfection des salles de bain et l'enlèvement de la poussière. Par contre, dans son activité accessoire, les travaux à effectuer étaient des travaux lourds qu'elle ne pouvait plus accomplir. Son employeur n'avait pas été en mesure de lui procurer un aménagement de son travail. L'assureur a décidé de mandater le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise. Dans son rapport du 5 juin 2003, ce dernier a diagnostiqué une fracture-tassement du mur antérieur de D12 avec hypercyphose dorsale résiduelle, qui était en relation de causalité certaine avec l'accident. La fracture de D12 avait entraîné une déformation du dos avec une hypercyphose dorsale qui peut à la longue entraîner une fatigabilité et des douleurs résiduelles. Il a relevé qu'il était possible qu'à la longue, la symptomatologie douloureuse s'aggrave; toutefois, si la patiente garde une bonne musculature, il n'y avait pas lieu de craindre une dégradation rapide de la situation. La poursuite d'un travail allégé était souhaitable. Dans son activité de nettoyeuse de bureau, l'incapacité de travail de l'assurée est probablement définitive, vu qu'elle implique des activités relativement lourdes pour le dos (nettoyer les sols, sortir les poubelles, nettoyer les vitres, etc.). En revanche, dans une activité plus légère, telle l'activité qu'elle effectue auprès de Y _____ et qui avait été adaptée, sa capacité de travail peut être évaluée à 100%, c'est-à-dire huit heures par jour. Dans une autre profession n'impliquant pas de port de charges trop important et permettant l'alternance de la position assise/debout, la capacité de travail est de 100%. A l'anamnèse, il relève notamment que lors du port du corset pendant trois mois, des douleurs cervicales sont apparues, lesquelles ont disparu un mois après l'arrêt du corset. Enfin, il a fixé l'atteinte à l'intégrité à 10%. Par courrier du 31 juillet 2003, l'assurée s'est déclarée d'accord avec les conclusions de l'expertise. Elle a insisté sur le fait que ce n'était que grâce à l'aménagement du poste de travail qu'elle avait pu reprendre son activité principale. Par ailleurs, comme l'expert l'avait mentionné, elle n'était plus capable de reprendre son activité accessoire, et cela de manière définitive, de sorte qu'il y avait lieu de lui allouer une rente. Par projet de décision du 7 octobre 2003, l'assureur a informé l'assurée de son intention de mettre un terme au versement des indemnités journalières dès le 31 octobre 2003, dès lors qu'elle avait une capacité de travail totale en tant que caissière de cinéma, couturière à domicile ou en magasin, et employée dans un magasin de location de vidéos. L'assurée avait par conséquent la possibilité de réaliser un gain supérieur à celui qu'elle réalisait chez X _____ S.A. L'assureur a dénié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et lui a reconnu une atteinte à l'intégrité justifiant une indemnité de 10%. L'assurée a contesté le refus de l'octroi de rente, au motif que les activités de remplacement proposées étaient irréalisables et qu'elle ne pouvait plus exercer une activité accessoire en plus de l'activité

principale. A la demande de l'assureur, Y _____ a indiqué par courrier du 11 novembre 2003, que l'assurée occupe un poste de travail à 100% correspondant à 37,5 heures hebdomadaires pour un salaire de 3'956 fr. 65. Dans un complément d'expertise du 29 janvier 2004 adressé à l'assureur, le Dr B _____ a précisé que l'assurée présentait une capacité de travail probablement de 100% dans les activités proposées par l'assureur (caissière de cinéma, couturière à domicile ou en magasin, employée dans un magasin de vidéo, vendeuse en lingerie, réceptionniste/téléphoniste) et effectuées à raison de 2 heures par jour, pour autant que l'assurée ait l'occasion de se lever de temps en temps et de se déplacer durant une dizaine de minutes. Par courrier du 20 février 2004, l'assurée a contesté pouvoir exercer une activité accessoire en plus de son activité principale, en raison de l'extrême fatigue qu'elle ressent en fin de journée, du fait que les activités proposées par l'assureur ne peuvent être effectuées entre 18h00 et 20h00 le soir, qu'elle n'a au demeurant aucune capacité ni expérience en matière de couture, qu'elle parle fort mal le français et est âgée de 49 ans. Par rapport du 30 mars 2004, le Dr A _____ a expliqué que l'assurée signalait des douleurs persistant de manière importante, de sorte qu'elle avait demandé un arrêt de travail d'une quinzaine de jours, qu'il avait pour l'instant refusé. Cette démarche laissait cependant augurer un pronostic défavorable quant à la capacité de travail actuelle de 50%, qui pourrait bien dans le futur devenir une incapacité de travail totale. Dans ces conditions, il lui paraissait illusoire d'exiger de la part de l'assurée de compléter le temps de travail manquant par un poste de caissière ou de couturière. Il a ajouté que le travail exercé auprès de l'employeur habituel était physiquement difficile, et qu'en fin de journée, l'assurée était fatiguée. Le pronostic paraissait réservé s'agissant de la question de savoir si l'assurée pourrait exercer jusqu'à la retraite son activité principale. Enfin, compte tenu de sa scolarisation sommaire, une réadaptation professionnelle avait peu de chance de permettre à cette patiente de retrouver une activité à plein temps. Par courrier du 7 avril 2004, l'assurée a requis de l'assureur l'octroi d'une rente pour les deux heures d'activité accessoire qu'elle ne pouvait plus exercer. Par courrier du 7 mai 2004, l'assureur a maintenu le refus de rente, faisant valoir que l'activité principale encore exercée par l'assurée n'est pas compatible avec son état de santé. Par conséquent, il pouvait être exigé d'elle qu'elle remplace son activité principale et son activité accessoire par une activité légère à plein temps, permettant ainsi de tenir compte de la fatigabilité alléguée par l'assurée dans son activité principale. Avant son accident, le salaire perçu par l'assurée dans ses deux activités était de 45'200 fr. en 2001. S'agissant du salaire avec invalidité, l'assureur a pris en compte les salaires indiqués par l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 (TA1, niveau 4) pour l'activité de caissière de cinéma, couturière, employée dans un magasin de vidéo, vendeuse en lingerie, réceptionniste/téléphoniste. En outre, étant donné que ces statistiques tiennent compte d'un horaire de 40 heures par semaine, alors que l'assurée effectuait 47.5 heures avant son accident, l'assureur avait adapté le salaire aux 47.5 heures. Il en résultait que l'assurée ne subissait aucune perte de gain, de sorte que la question de l'octroi d'une rente d'invalidité ne se posait pas. Enfin, même si l'assurée exerçait une activité légère à raison de 41.5 heures hebdomadaires, elle ne subirait pas de perte de gain. Le 11 mai 2004, le Dr A _____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 1 er juin 2004 en raison de cervico-brachialgies ainsi que d'une fatigue importante. Il avait l'impression que l'assurée présentait en plus un état dépressif. Selon une note téléphonique du 24 juin 2004 versée au dossier, l'employeur a expliqué à l'assureur que l'entreprise possède tout l'attirail le plus moderne en ce qui concerne les travaux de nettoyage, qu'il n'y a aucun travail lourd à effectuer par le personnel du nettoyage, de sorte qu'il n'y avait pas eu grand-chose à

aménager pour l'assurée. Par rapport du 30 juin 2004 adressé au Dr C _____, spécialiste en rhumatologie, le Dr A _____ a expliqué que l'assurée se plaignait essentiellement de cervico-brachialgies ainsi que d'une fatigabilité importante. L'examen clinique ne montrait strictement aucune modification. Il avait toutefois l'impression que l'assurée présentait en plus un état dépressif. L'évolution était tellement défavorable qu'il avait dû la mettre en arrêt de travail depuis le 1^{er} juin 2004 pendant 4 semaines. Il craignait que si l'assurée n'était pas rapidement prise en charge, en particulier sur le plan psychiatrique, elle ne puisse jamais reprendre ses activités professionnelles. A la demande de l'assureur, l'employeur a, par courrier du 1^{er} juillet 2004, adressé le cahier des charges de l'assurée. Il a précisé que suite à l'accident, le travail avait été quelque peu allégé pour ménager le dos de l'assurée (éviter de lever ou de porter des charges trop lourdes). Par rapport du 9 juillet 2004, le Dr D _____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assurée s'était plainte de douleurs cervicales au mois d'août 2001. Il a diagnostiqué une probable rhizarthrose bilatérale. Il proposait un bilan fonctionnel radiologique de la nuque, lequel a été effectué le 12 juillet 2004 et était sans particularités (rapport du 13 juillet 2004 de la Dresse E _____, spécialiste en radiologie médicale, radiodiagnostique). Par décision du 23 juillet 2004, l'assureur a mis fin à la prise en charge des frais de traitement (exception faite de la prescription d'anti-inflammatoires et d'antalgiques ainsi que deux à trois séances de physiothérapie par année) et au versement des indemnités journalières dès le 31 décembre 2004. Il a en outre refusé de prendre en charge les troubles psychiques dont souffre l'assurée et a nié le droit à une rente d'invalidité, dès lors que le gain hypothétique avec invalidité, dans une activité adaptée, est supérieur au gain sans invalidité. Enfin, il a fixé l'atteinte à l'intégrité à 10%. Le 11 août 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision, faisant valoir un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'état dépressif constaté par le Dr A _____. Elle a ajouté être en incapacité de travail totale et que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Par rapport du 24 août 2004, le Dr A _____ a indiqué que l'évolution était défavorable. Il y avait eu une aggravation des douleurs dorsales nécessitant un arrêt de travail à 100% depuis le 1^{er} juin 2004 pour une durée indéterminée. Par courrier du 31 août 2004, le Dr A _____ a expliqué que la situation après trois mois d'arrêt de travail était plutôt favorable, avec une diminution des douleurs, sans disparition toutefois de la symptomatologie. Il avait convenu avec l'assurée d'une reprise de travail à 50% dès le 6 septembre 2004, en espérant que cette reprise de travail puisse être durable. Sur le plan psychique, l'assurée était toujours très préoccupée par cette symptomatologie douloureuse résiduelle. Il lui semblait qu'un suivi psychiatrique pourrait être intéressant. Le pronostic était réservé, car les séquelles orthopédiques persistaient, et la capacité de travail dans une activité qui était physiquement demandeuse était probablement compromise à moyen terme. Il n'était pas exclu que de nouveaux arrêts de travail temporaires ou à plus long terme se produisent dans l'avenir. Par courrier du 14 septembre 2004, l'assurée a notamment fait valoir que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Interrogé par l'assureur sur la question de savoir si les activités professionnelles décrites par le Dr B _____ n'étaient pas mieux adaptées à l'assurée que son activité habituelle exercée auprès de Y _____, le Dr A _____ a expliqué par courrier du 27 septembre 2004 avoir dû insister énormément auprès de l'assurée pour obtenir la reprise de travail à 50%. Il n'était pas certain qu'à long terme elle puisse maintenir ce taux d'activité. Il pensait que l'activité de l'assurée était une activité physique qui pouvait avoir une influence négative sur ses douleurs dorsales, notamment en se baissant fréquemment et en levant des charges. La déformation séquellaire de sa fracture de la 12^{ème} vertèbre

dorsale rendait le travail physique définitivement plus difficile. L'état était résolument stationnaire et tant qu'il serait possible à la patiente de continuer son activité professionnelle même à temps partiel, il fallait l'encourager à le faire. Il avait toutefois quelques craintes concernant ses activités professionnelles à plus long terme. Par rapport du 11 octobre 2004, le Dr D_____ a diagnostiqué une rhizarthrose bilatérale débutante et des douleurs cervicales aigües avec mobilité réduite. Le 3 janvier 2005, le Dr A_____ a indiqué que la capacité de travail était nulle depuis le 29 novembre 2004. L'espoir d'une reprise de travail était nul à ses yeux. Par rapport du 4 janvier 2005, le Dr C_____ a expliqué avoir suivi l'assurée pour des troubles maladifs, soit la rhizarthrose et des cervicalgies banales. Dans un courrier du 17 janvier 2005, le Dr A_____ a expliqué au mandataire de l'assurée qu'il n'y avait strictement aucun progrès au niveau des plaintes lesquelles consistaient toujours en des douleurs importantes dorsales notamment en position debout prolongée et lors du port de charges. Il lui semblait qu'une reprise de travail, notamment comme lingère est actuellement illusoire et il fallait y renoncer. Les activités en position assise pourraient être envisagées, avec effectivement des périodes de repos, mais ce qui lui semblait important était d'éviter le port de charges et de devoir se baisser pour soulever notamment des bacs à linge lourdement chargés. Il était clair qu'un travail sédentaire de type administratif pourrait être accompli, mais la formation de l'assurée ne lui permettait sans doute pas d'effectuer un tel travail. Il avait préféré reconduire l'arrêt de travail à 100% de manière à éviter de retomber dans le cercle vicieux des douleurs croissantes et d'un nouvel arrêt de travail. Il lui semblait qu'une nouvelle expertise médicale devrait être effectuée afin de fixer de manière claire la capacité résiduelle de travail de l'assurée. S'agissant de l'état dépressif, celui-ci lui paraissait toujours présent, en particulier parce que l'assurée souhaiterait avoir une activité à temps partiel de type léger et qu'elle n'arrive pas à se faire entendre par son employeur. S'agissant du pronostic, l'état de santé était stationnaire. La reprise de travail à temps partiel n'avait pas pu se faire avec le succès escompté et il était peu probable qu'elle puisse reprendre un travail de ce type même à temps partiel. Une réappréciation médicale devrait être faite afin de se prononcer sur sa capacité résiduelle et un recyclage professionnel pourrait être envisagé. Le 21 janvier 2005, le Dr A_____ a expliqué qu'en raison des douleurs dont souffrait l'assurée, l'incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse était définitive. Les dorsalgies étaient incompatibles avec un travail debout et le port de charges. Par courrier du 30 mars 2005, le Dr A_____ a précisé que la capacité de travail de l'assurée s'était dégradée depuis qu'elle travaillait à la lingerie, en raison des lourdes charges à porter. Il lui semblait que si elle pouvait reprendre ses activités de femme de chambre à 50%, ce travail serait supportable puisqu'il n'impliquait pas de charges lourdes à porter. Par courrier du 7 avril 2005, l'assureur a informé l'assurée que les derniers avis du Dr A_____ renforçaient sa position, dans le sens où une activité légère était davantage adaptée à l'assurée que l'exercice de son activité habituelle impliquant le port de charges et une station debout prolongée. Dès le 2 mai 2005, l'assurée a repris son travail à 50% sur la base d'un horaire de travail complet. Par courrier du 22 juin 2005, l'assureur s'est dit d'accord avec le choix du Dr F_____ en tant qu'expert et a adressé à l'assurée la liste des questions posées. Il a refusé une expertise psychiatrique, l'assurée n'ayant jamais suivi de traitement sur ce plan. Par courrier du 4 juillet 2005, l'assurée a posé des questions complémentaires à l'expert. Par courrier du 7 juillet 2005, le Dr A_____ a expliqué que les postes proposés par l'assureur (caissière de cinéma, employée dans un magasin de vidéo ou vendeuse en lingerie) lui apparaissaient un peu fantaisiste, connaissant le tempérament et la

formation de l'assurée. Il trouvait tout à fait remarquable qu'elle puisse reprendre ses activités d'employée de maison à 50% et il avait tendance à craindre qu'un recyclage, difficile pour une personne plutôt frustrée, ne la décourage définitivement à reprendre une activité professionnelle différente. L'assurée a été soumise à une expertise effectuée par le Dr Simon F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 20 décembre 2005, l'expert a diagnostiqué une fracture du mur antérieur de D12 avec une cyphose locale stabilisée à 15°, des cervico-brachialgies droites, une méniscope asymptomatique du genou droit et des troubles de l'humeur (état dépressif ?). S'agissant de la fracture du mur antérieur, la causalité avec l'accident assuré était certaine. Pour les cervico-brachialgies droites et les troubles de l'humeur, la causalité était possible. Pour le genou droit, la causalité n'existait pas. Il a notamment relevé qu'à la sortie de l'hôpital, elle présentait un torticolis et avait porté une minerve pendant deux mois. L'assurée se plaignait de dorsalgies exacerbées lors des changements de temps ainsi que par le port de charges modérées. Le traitement des suites de l'accident était terminé. Cependant, il était clair que l'assurée devait continuer à effectuer régulièrement sa gymnastique vertébrale à domicile avec de temps à autres des séances de physiothérapie en cas de douleurs intolérables. A la question de savoir si l'incapacité de travail actuelle était toujours uniquement imputable aux conséquences de l'accident, il a répondu positivement en précisant que le taux d'occupation était de 100% avec un rendement de 50% depuis le 6 septembre 2004. Selon l'expert, l'assurée pouvait exercer sa profession de nettoyeuse de manière allégée, étant précisé que tous les mouvements en avant et en arrière du tronc, comme passer l'aspirateur, ou travailler au-dessus du niveau de la tête en hyper-extension sont contre-indiqués. Il a indiqué qu'actuellement, nous obtenons avec la quantité et le rendement de l'expertisée le maximum de ce qu'elle peut effectuer, une reprise totale de travail semblant inopportune, un risque de péjoration étant par contre possible. Une augmentation de la capacité de travail dans le poste occupé chez l'employeur n'est pas envisageable. Avec le plein temps et le travail allégé, l'expertisée était à la limite de ce qu'elle peut supporter. L'expert a expliqué qu'une capacité de travail avec un taux identique est concevable dans une autre profession. L'expert avait de la peine à imaginer qu'une capacité de travail d'un taux supérieur soit envisageable. En effet, toutes les professions proposées par l'assureur sont des professions qui avec un plein rendement nécessitent des déplacements de charges importantes, ou des activités qui demandent une mobilisation du tronc que l'expertisée ne supporterait pas. Les professions plus sédentaires ne sont pas adaptées à la formation de l'assurée. Dans tous les cas, le rendement devrait être aménagé. Par ailleurs, l'assurée ne pouvait effectuer en plus une activité accessoire de deux heures par jour. Enfin, il a estimé que le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 15%. Enfin, le Dr F_____ a répondu aux questions posées par l'assurée : il a notamment indiqué les plaintes et les constatations objectives, il pensait que l'association du handicap, de l'absence de formation professionnelle et dans une moindre mesure de son âge ne permettait pas à l'assurée d'exercer d'autres activités professionnelles telles que celles suggérées par l'assureur. La seule activité qui pourrait être envisagée était celle de couturière pour un magasin de vêtements par exemple. Par courrier du 20 janvier 2006, l'assurée a fait remarquer que l'expert avait confirmé qu'elle faisait effectivement preuve du maximum de courage et de bonne volonté dans son activité professionnelle allégée. En outre, il avait retenu qu'il lui était totalement exclu de reprendre son activité accessoire. Par courrier du 31 janvier 2006, l'assureur a expliqué que s'agissant de la capacité de travail résiduelle, il y avait peu de renseignements sur les limitations physiques l'empêchant d'exercer des activités légères. Par conséquent, à la lecture du rapport,

l'assureur n'était pas habilité à prendre une position définitive, attendu que des données objectives concernant la capacité de travail résiduelle faisaient défaut. L'assureur estimait donc nécessaire de soumettre l'expert à des questions complémentaires. Par courrier du 6 février 2006, l'assurée s'est opposée aux questions complémentaires, faisant valoir que le rapport d'expertise était complet. Le 11 mai 2006, l'assurée a précisé que l'expertise était claire et démontrait que l'exercice de son activité était la mieux adaptée pour elle, aussi longtemps que ce poste restera allégé. Ainsi, une rente d'invalidité tenant compte de cette situation ainsi que de son impossibilité à reprendre son activité accessoire à raison de deux heures par jour devait lui être octroyée. Enfin, l'expert avait retenu une atteinte à l'intégrité corporelle de 15%. L'assureur a informé l'assurée qu'à défaut notamment du pourcentage de sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée, il ne pouvait déterminer le gain d'invalidité. Le 15 août 2006, à la demande de l'assureur, le Dr F _____ a listé les limitations fonctionnelles de l'assurée. Par courrier du 4 décembre 2007, l'assurée a transmis à l'assureur une copie de l'arrêt rendu le 28 novembre 2007 par le Tribunal de céans dans le cadre de la procédure l'opposant à l'OAI (ATAS/1351/2007), retenant une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de femme de chambre. L'assurée a aussi transmis une copie du rapport du Dr G _____ - expert psychiatre mandaté par le Tribunal de céans - faisant valoir que ce dernier estimait également que l'activité la plus appropriée était bien celle exercée auprès de son employeur dans un travail allégé avec un rendement de 50% (rapport du 26 mars 2007). L'expert a diagnostiqué un trouble panique, apparu progressivement après le syndrome douloureux, plus marqué depuis 2006 et un épisode dépressif léger. Suite à l'arrêt précité, l'OAI a rendu un projet de décision le 3 mars 2008, fixant le taux d'invalidité de l'assurée à 66%, donnant droit à une demi-rente du 4 juin 2002 au 31 décembre 2003, puis à trois-quart de rente dès le 1^{er} janvier 2004. Par courriers des 13 et 20 mars 2008, l'assurée a requis de l'assureur l'octroi d'une rente d'invalidité de 66% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Par décision du 7 août 2008, l'assureur a partiellement admis l'opposition en fixant le taux de l'atteinte à l'intégrité à 15% et l'a rejetée pour le surplus. Il a retenu que sur le plan de la causalité naturelle, seule la fracture du plateau supérieur marginale antérieure de D12 est en lien avec l'accident assuré. S'agissant des troubles psychiques, l'assureur a indiqué que de tels troubles ne remplissent quoi qu'il en soit pas le lien de causalité adéquate, l'accident devant être classé dans la catégorie moyenne inférieure et aucun des critères jurisprudentiels n'étant réalisé dans le cas d'espèce. Selon les experts, soit les Drs B _____ et F _____, toute une série d'activités légères sont pleinement adaptées à l'assurée, tant du point de vue orthopédique que locomoteur. Les motifs ou prétextes invoqués par l'assurée et retranscrits par le Dr F _____ laissaient songeurs, à savoir la perte de mémoire, les difficultés à compter les billets de banque, une grande difficulté de concentration, des douleurs au niveau des poignets, sa peine à parler le français ; alors que le Dr F _____ avait relevé que l'examen clinique des poignets était normal, que le Dr G _____ avait souligné qu'elle n'avait pas de troubles patents de l'attention et de la mémoire et que l'assurée s'était entretenue en français avec plusieurs collaborateurs. Au vu des revenus hypothétiques, à savoir 45'200 fr. sans invalidité et 46'575 fr. avec invalidité, l'assurée n'avait pas droit à une rente. Par acte du 5 septembre 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, exception faite du taux de l'IPAI de 15%, au versement d'une rente dès le 1^{er} janvier 2005 correspondant à un degré de 66%. Elle fait valoir que conformément au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité et en l'absence de motifs

suffisants, l'assureur ne pouvait s'écarter de l'appréciation de l'OAI quant au taux d'invalidité fixé à 66%. Elle explique que l'invalidité repose exclusivement sur les suites de son accident du 4 juin 2001 ainsi que sur l'arrêt définitif rendu par le Tribunal de céans, qui a retenu une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. L'assurée fait valoir que les diagnostics posés par le Dr F_____ sont une fracture du mur antérieur D12, les cervico-brachialgies droites et le probable état dépressif. L'expert était d'avis que l'incapacité de travail était uniquement imputable aux conséquences de l'accident (activité avec un taux d'occupation de 100% mais avec un rendement de 50%). L'expert avait également relevé qu'elle effectuait le maximum de ce qu'elle pouvait supporter. Il avait de la peine à imaginer qu'une capacité de travail d'un taux supérieur soit envisageable. C'était grâce à son courage et à sa volonté, mais également en raison de la compréhension de son employeur qui avait accepté d'alléger son poste de travail, qu'elle avait pu poursuivre son activité à 50%. Le Dr A_____ estimait également qu'un recyclage serait certainement difficile et craignait qu'il ne la décourage définitivement de reprendre une activité professionnelle différente. Le Dr G_____ avait également considéré que les troubles psychiques sont de nature à compromettre la réussite d'éventuelles mesures de réorientation professionnelle. La poursuite de l'activité allégée, était, selon cet expert, l'option la plus favorable au maintien de la capacité de travail de l'expertisée. S'agissant de la causalité naturelle, la recourante fait valoir que la fracture en D12 ainsi que les cervico-brachialgies droites sont en lien avec l'accident, selon les Drs F_____, B_____ et A_____. La recourante explique que les cervico-brachialgies droites étaient déjà apparues lors du port du corset comme relevé par le Dr B_____ et le Dr A_____ (rapport du 30 juin 2004). Enfin, selon le Dr F_____, dans les activités proposées par l'assureur, son rendement ne serait pas supérieur à 50%, c'est-à-dire identique à celui effectué auprès de son employeur. Par réponse du 6 novembre 2008, l'intimée, représentée par Maître Didier ELSIG, conclut au rejet du recours. Elle fait valoir que seule la fracture du plateau supérieur marginale antérieure de D12 est en relation de causalité avec l'accident (B_____, F_____ ET G_____). En outre, il ressort des expertises B_____ et F_____ que des activités légères sont pleinement adaptées à l'état de santé de la recourante, de sorte que la recourante aurait pu obtenir, dès la fin 2004, dans une activité légère, un revenu hypothétique d'invalidé (46'575 fr. au minimum) supérieur au revenu hypothétique sans invalidité (45'200 fr.). Par réplique du 16 décembre 2008, la recourante a persisté dans ses conclusions, se référant à la décision définitive rendue par l'OAI en date du 22 septembre 2008. Elle ajoute que s'agissant des douleurs cervicales, le Dr B_____ en fait état (5 juin 2003) ainsi que le Dr D_____ (9 juillet 2004). Ainsi, l'accident avait provoqué un coup du lapin et des troubles psychiques. Le 11 mars 2009 a eu lieu une audience de comparution personnelle des parties. L'intimée a fait valoir que le jugement rendu dans le cadre de la procédure AI ne porte pas sur la question de la causalité. Elle conteste que toutes les atteintes soient dues à l'accident. Selon les médecins, la fracture tassement D12 est sans conteste due à l'accident. Or, elle avait été traitée conservativement et l'assurée avait pu reprendre son travail à plein temps durant quelques mois, voire quelques années, jusqu'à l'aggravation alléguée d'avril 2004. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, elle ne se plaint pas exclusivement de douleurs dorsales, mais cervicales, comme relevé par le Dr D_____ (rapport de juillet 2004) et le Dr A_____ (rapport du 11 mai 2004). S'agissant des cervico-brachialgies, le Dr F_____ avait estimé la relation de causalité comme seulement possible. Selon l'intimée, la capacité de travail résiduelle est totale dans une activité adaptée. Elle rappelle

avoir admis très tôt qu'on ne pouvait exiger de la recourante qu'elle exerce une activité accessoire de deux heures par jour en plus de son activité principale. La recourante a versé à la procédure un résumé médical établi le 3 mars 2009 par le Dr A_____, selon lequel malgré l'apparition intercurrente d'autres symptômes, telles que des cervicalgies, il apparaît clairement que c'est en raison de la fracture de D12 et des troubles statiques douloureux causés par la déformation en cyphose que la recourante n'est plus à même de travailler à plus de 50%. Elle a ajouté que lorsqu'elle avait commencé son activité à l'EMS, elle travaillait seulement à 80%, et exerçait des activités de nettoyage à raison de deux heures par jour. Elle n'avait donc jamais travaillé à 120%. Elle a expliqué avoir des douleurs cervicales, mais aussi au dos, au poignet et au genou. Enfin, la recourante fait valoir que l'intimée est liée par le taux d'invalidité déterminé par l'AI, dès lors que tout est lié à l'accident. Par écriture du 17 mars 2009, la recourante a produit un rapport du Dr A_____ daté du 16 mars 2009, reprenant les termes du rapport du 3 mars 2009. Par courrier du 14 septembre 2009, le Tribunal de céans a demandé au Dr F_____ quelle est la capacité de travail de la recourante dans une activité de type sédentaire, compte tenu uniquement de la fracture du mur antérieur D12 avec cyphose résiduelle et abstraction faite de la formation de la recourante. Par rapport du 23 octobre 2009, le Dr F_____ a expliqué que la recourante pouvait être fréquemment assise, qu'elle pouvait alterner les positions debout pour autant qu'elle ne doive pas se pencher en avant. Les déplacements sont possibles pour de longs trajets avec parcimonie et des petits trajets réguliers. Il est par contre impossible d'escalader des échelles, difficile de monter, descendre des escaliers régulièrement. L'usage des deux mains et des deux bras n'est pas limité. La charge autorisée fréquente est de 5 kg, et de temps en temps entre 5 kg et 10 kg. Au niveau de la mobilité, les mouvements de rotation sont possibles, les mouvements avec une flexion antérieure du rachis sont impossibles. Le travail statique et assis est possible pour autant qu'il ménage des alternances de position, le travail debout statique est également possible, mais il faut ménager des changements de positions et des déplacements. L'accroupissement est impossible. Il est possible d'imaginer un poste sédentaire avec port de charges légères de manière fréquente pour des distances de 50 à 250 mètres. Il a expliqué que les professions listées dans son expertise - telles que caissière de cinéma, couturière à domicile ou en magasin, employée dans un magasin de vidéo, vendeuse en lingerie, réceptionniste, téléphoniste - sont toutes envisageables au niveau orthopédique. Cependant, il faut tenir compte du fait que certaines de ces professions entraînent des activités annexes, lesquelles ne tiennent pas forcément compte des restrictions que sont la flexion du tronc en avant, le port de charge supérieure à 20 kg et le déplacement en terrain accidenté. Ces diverses professions qui sont essentiellement sédentaires pourraient être exigées à pleine capacité avec une diminution de rendement de l'ordre de 25 à 50% en fonction des activités annexes. Par écriture du 10 novembre 2009, l'intimée a fait valoir que les restrictions précisées par le Dr F_____ concernent avant tout les déplacements ainsi que l'accroupissement (genoux), des restrictions pour le port de lourdes charges (usage des bras et des mains) ainsi que le fait de se pencher en avant (cervicalgies). Or, il avait estimé que les cervicalgies et les problèmes de genoux n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident. Par conséquent, la causalité naturelle doit être admise entre les minimales douleurs dorsales et l'accident, mais il n'y a pas de relation de causalité naturelle entre les douleurs invalidantes et l'accident. Par écriture du 26 novembre 2009, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle ne voit pas pour quel motif le taux d'invalidité de 66% fixé par l'OAI dans son projet de décision du 3 mars 2008 ne serait pas repris par l'intimée, puisque l'invalidité repose sur

la même atteinte à la santé. En outre, les cervico-brachialgies sont dues, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 4 juin 2001. Elle ajoute que s'agissant de sa capacité de travail résiduelle, il y a lieu de prendre en considération l'absence de formation et de scolarisation. Or, au vu de ces limitations fonctionnelles et des facteurs aggravant précités, elle ne voit pas du tout quelle activité adaptée pourrait être imaginée. La seule solution acceptable est de poursuivre avec un rendement maximum de 50% son activité auprès de son employeur, qui a été parfaitement adaptée pour elle, rappelant que selon le Dr G _____, le stress provoqué par l'adaptation à une nouvelle activité professionnelle risque fort de conduire à une péjoration du trouble panique avec effondrement dépressif et à une perte totale et définitive de sa capacité de travail. S'agissant des troubles psychiques, elle explique que la causalité adéquate est de toute manière établie vu la violence du choc, la longue hospitalisation, l'obligation de porter un corset et les longs traitements subis. Par pli du 30 novembre 2009, la recourante a adressé un rapport établi par le Dr A _____ en date du 20 novembre 2009. Il lui paraissait raisonnable de prendre en compte une baisse de rendement de 50% dans les travaux sédentaires. Il a ajouté que si l'on tentait d'exiger plus de la recourante dans son travail actuel, on risquerait fort d'aboutir à un arrêt de travail définitif. A la demande du Tribunal de céans, l'OAI a communiqué les pièces fournies par les employeurs. Il en résulte que le salaire de la recourante auprès de Y _____ était de 3'840 fr. 60 dès le 1^{er} janvier 2002, versé 12 fois. Auprès de X _____ SERVICES S.A., où elle travaillait 10 heures par semaine, son salaire horaire s'élevait à 16 fr. 85 (+ 8,33%) dès 2003. Par écriture du 31 mars 2010, la recourante a réitéré ses arguments à l'encontre de la décision litigieuse. S'agissant des salaires sans invalidité, elle a relevé que si le montant de 46'087 fr. 20 retenu par l'OAI pour son activité effectuée auprès de Y _____ était correcte, tel n'était pas le cas pour les 16'795 fr. 50 retenus à titre de salaire octroyé par X _____ S.A. A cet égard, elle a expliqué qu'elle travaillait 10 heures par semaine auprès de cet employeur et non pas 20 heures comme l'avait retenu à tort l'OAI. Il en résultait un salaire annuel de 9'294 fr. 71. Elle persiste dans ses conclusions. Par pli du 31 mars 2010, l'intimée a indiqué que les pièces fournies par l'OAI n'appelaient pas de commentaire et s'est référée intégralement à ses précédentes écritures. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et

appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). La question qui se pose est de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 décembre 2004, étant précisé qu'elle ne conteste pas le degré de 15% de l'atteinte à l'intégrité reconnu par l'intimé dans la décision litigieuse. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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 pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident.

Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/04 du 14 octobre 2004 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/04 du 4 octobre 2004). a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Par ailleurs, en ce qui concerne les 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/bb et cc). En l'occurrence, la recourante est d'avis que la fracture du mur antérieur D12, les cervico-brachialgies droites et les troubles psychiques sont dus à l'accident. Pour sa part, l'intimée soutient que seule la fracture du mur antérieur D12 est due à l'accident. Il résulte des pièces versées au dossier que suite à l'accident de circulation survenu le 4 juin 2001, la recourante a souffert d'une fracture du plateau supérieur marginal antérieur de D12 (rapport du 25 mars 2002 du Dr A_____). Un traitement conservateur a été prodigué, soit le port d'un corset pendant trois mois et des séances de physiothérapie. Deux ans après l'accident, la recourante présentait encore une fracture-tassement du mur antérieur D12 avec hypercyphose dorsale résiduelle (rapport d'expertise du 5 juin 2003 du Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique). Compte tenu de la persistance des douleurs et de l'incapacité de travail de la recourante, le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été mandaté d'un commun accord entre les parties. Dans son rapport du 20 décembre 2005, l'expert a diagnostiqué une fracture du mur antérieur de D12 avec une cyphose locale stabilisée à 15°, des cervico-brachialgies droites, une méniscale asymptomatique du genou droit et des troubles de l'humeur. Il a considéré que s'agissant de la fracture du mur antérieur, la causalité avec l'accident assuré était certaine, alors qu'elle était possible pour les cervico-brachialgies droites et les troubles de l'humeur. Enfin, s'agissant du genou droit, la causalité n'existait pas. Le Tribunal de céans constate que le rapport du Dr F_____ se fonde sur un examen médical complet de la recourante et prend en considération les plaintes exprimées par celle-ci. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier radiologique et médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Enfin, les conclusions sont dûment motivées. Il convient d'examiner s'il existe des motifs justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'expert quant au lien de causalité entre les diagnostics posés et l'événement du 4 juin 2001. Selon la recourante, contrairement à ce qu'a retenu l'expert, les cervico-brachialgies seraient en lien de causalité avec l'accident. Elle fait valoir qu'elle a été victime d'un coup du lapin. On relèvera d'ores et déjà qu'aucun médecin consulté n'a admis un lien de causalité entre l'accident et les cervico-brachialgies dont se plaint la recourante depuis mai 2004 (rapport du 11 mai 2004 du Dr A_____), soit trois ans après l'accident. Le Tribunal de céans constate en outre que les rapports médicaux établis dans les jours et les mois qui ont suivi l'accident, ne font nullement état des symptômes relevant du tableau clinique type des traumatismes consécutifs à un coup du lapin, tels que céphalées, migraines, paresthésies, troubles de la concentration, de la mémoire, de la vue, de l'ouïe, de l'équilibre, etc. (voir ATF 117 V 359). Quant aux indications fournies par la recourante aux experts s'agissant de l'apparition des cervicalgies, celles-ci ne concordent pas. En effet, la recourante a indiqué au Dr B_____ que lors du port du corset, des douleurs cervicales étaient apparues et avaient disparu un mois après l'arrêt du corset (rapport du 5 juin 2003 du Dr B_____). Elle a par contre indiqué au Dr F_____ qu'à la sortie de l'hôpital, elle avait présenté un torticolis et avait dû porter une minerve pendant deux mois. Quoi qu'il en soit, les seules douleurs à la tête et à la nuque ne suffisent pas pour retenir un traumatisme cervical de type coup du lapin (ATFA non publiés du 4 mars 2003, cause U 204/2003 et du 8 juin 2006, cause U 147/2005). La recourante fait également valoir que les troubles psychiques sont dus à l'accident. En l'occurrence, le Dr G_____, expert spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué, dans son rapport du 26

mars 2007, un trouble panique et un épisode dépressif léger. Il n'a cependant pas examiné la question du lien de causalité entre ces troubles et l'accident assuré. Le Dr F _____ est, quant à lui, d'avis que la causalité est seulement possible. Son appréciation ne saurait cependant, sans autre, être retenue étant donné que la psychiatrie ne relève pas de sa spécialisation. Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher ce point, car à supposer qu'il existe des troubles psychiques en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré, leur caractère adéquat fait de toute façon défaut pour les motifs suivants. La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2) : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions, la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds, les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes, et enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa). En l'occurrence, force est de constater que l'on n'est pas, d'un point de vue objectif, en présence d'un accident grave au sens de la jurisprudence précitée. Il y a en outre lieu de nier l'existence de circonstances particulièrement dramatiques et le caractère particulièrement impressionnant de l'accident du 4 juin 2001. La déclaration d'accident révèle que la voiture dans laquelle la recourante était passagère arrière était arrêtée à un feu rouge, lorsqu'une voiture l'a percutée par l'arrière. Le fait que la recourante a dû être désincarcérée ne suffit pas à conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant, ce d'autant moins que les autres passagers du véhicule en sont sortis indemnes. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il n'est pas réalisé dès lors qu'après une convalescence de six mois, la recourante a repris le travail à temps partiel. Enfin, le traitement n'a pas été anormalement long et la recourante n'a subi aucune complication importante. Ces éléments laissent peu de place pour reconnaître un caractère adéquat au rapport de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail découlant des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr G _____ . Compte

tenu de ce qui précède, seule la fracture du plateau supérieur marginal antérieur de D12 est en relation de causalité avec l'accident. S'agissant des répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante, le Dr F _____ a retenu, dans son rapport du 23 octobre 2009, qu'en raison des limitations fonctionnelles qu'elle présente, elle ne peut plus exercer l'activité accessoire de nettoyeuse de bureau. S'agissant de l'activité principale de femme de chambre, il a estimé qu'elle pouvait être exercée à plein temps avec une diminution de rendement de 50%. Interrogé par le Tribunal de céans sur l'aptitude de la recourante à exercer une activité sédentaire, l'expert a expliqué que l'on pouvait exiger de celle-ci une pleine capacité avec une diminution de rendement de l'ordre de 25 à 50% en fonction des activités annexes qu'impliquaient les professions sédentaires et qui ne tenaient pas forcément compte des restrictions fonctionnelles (flexion du tronc en avant, le port de charges supérieures à 20 kg et le déplacement en terrain accidenté). La recourante est d'avis que son activité principale auprès de Y _____ en tant que femme de chambre est la plus adaptée à son état de santé. Il résulte néanmoins des rapports établis par le médecin traitant que le travail exercé auprès de cet employeur est physiquement difficile et que la capacité de travail dans une telle activité est probablement compromise à moyen terme. Il pense que cette activité peut avoir une influence négative sur les douleurs dorsales, notamment en se baissant fréquemment et en levant les charges (rapports des 30 mars et 31 août 2004 du Dr A _____). Le 21 janvier 2005, ce médecin a encore précisé que les dorsalgies sont notamment incompatibles avec un travail debout. Or, force est de relever que l'activité de femme de chambre implique une telle position. Enfin, si le médecin traitant ne s'est pas prononcé sur le taux de capacité résiduelle dans une activité adaptée, il n'en demeure pas moins qu'il considère évident qu'un travail sédentaire de type administratif peut être accompli par la recourante (rapport du 17 janvier 2005). La recourante soutient également, en se référant à l'avis du Dr G _____, que l'adaptation à une nouvelle activité professionnelle risque fort de conduire à une péjoration de ses troubles psychiques. Il y a cependant lieu de relever que ces troubles n'étant pas en lien de causalité avec l'accident, leur aggravation éventuelle ne saurait en l'occurrence est prise en compte. Par conséquent, au vu de la fourchette de 25% à 50% à l'intérieur de laquelle se situe la diminution de rendement pour une pleine capacité dans une activité sédentaire (rapport du 23 octobre 2009 du Dr F _____), il y a lieu de retenir la valeur médiane (cf. ATFA non publié du 21 avril 2005, I 822/04), soit 37,5% de diminution de rendement, ce qui correspond à une capacité résiduelle de travail de 62,5%. Il reste encore à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimée est conforme aux règles légales applicables ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière, étant précisé que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si elle est entrée en force (ATF 131 V 362 consid. 2.2; VSI 2004 p. 188 consid. 5; ATFA non publié du 30 août 2005, U 323/04, consid. 4.1). a) Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 (art. 16 LPGA et 18 LAA). b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi

concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Contrairement à ce qui prévaut en assurance-invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement. L'on prendra en considération un revenu hypothétique, fondé sur une estimation, qui tient compte des aptitudes de l'intéressé et de sa situation personnelle; l'on pourra se fonder sur le salaire réalisé par une personne valide de même âge et de même formation, dans des conditions de lieu analogues; les salaires moyens de la branche peuvent également servir de référence (ATF 119 V 475 consid. 2b). c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321). 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222). En l'espèce, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus en se référant à l'an 2005, le droit éventuel à une rente s'ouvrant à ce moment-là. Selon les renseignements fournis par les employeurs et versés à la procédure le 10 mars 2010, la recourante pourrait réaliser, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 46'087 fr. (12 x

3'840 fr. 60 pour l'activité principale en 2002) et de 9'491 fr. (16 fr. 85 x 10 x 52 + 8.33% pour l'activité accessoire en 2003). Compte tenu de l'augmentation des salaires nominaux (indice 2005 : 2386, indice 2003 : 2334, indice 2002: 2296 ; Evolution des salaires 2007, p. 23, tableau T1.39), le revenu annuel en 2005 était de 47'825 fr. (dans l'activité principale) et de 9'697 fr. (dans l'activité accessoire), soit un revenu total sans invalidité de 57'522 fr. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir 3'893 fr. par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2004 - part au 13ème salaire comprise (L'enquête suisse sur la structure des salaires 2004, Tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 46'716 fr. par année. Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41.6 heures; La Vie économique, 1/2 -2006, tableau B9.2) un revenu annuel de 48'584 fr. (46'716 fr. x 41.6 : 40), soit 30'365 fr. pour un taux d'occupation de 62.5%. Compte tenu de l'augmentation des salaires nominaux (+ 1.1% de 2004 à 2005), le revenu d'invalidité doit être arrêté en 2005 à 30'699 fr. A ce montant, il convient, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. A cet égard, le Tribunal de céans constate que l'intimée n'a effectué aucun abatement sur le salaire statistique qu'il a pris en compte, et ce sans en expliquer les raisons. Or, si la jurisprudence impose que la déduction opérée par l'administration soit brièvement motivée (art. 29 al. 2 Cst; ATF 126 V 75 consid. 5b/dd p. 80), tel devrait être également le cas, a fortiori, lorsqu'aucune réduction n'est opérée. Il convient dès lors d'examiner, dans le cas concret, quel taux de réduction doit être appliqué. S'agissant de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, le Tribunal de céans constate qu'elle est au bénéfice d'un permis d'établissement, qu'elle est âgée de 54 ans au moment de la décision sur opposition et a été employée de longue date auprès de ses employeurs. Elle peut par ailleurs exercer une activité légère à plein temps avec un taux de rendement réduit. Ainsi, les critères de limitations liés aux années de service et à l'activité légère seule possible sont remplis, de sorte qu'une déduction de 10% au plus, apparaît justifiée. Compte tenu d'un tel abatement, le revenu annuel d'invalidité évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 27'629 fr. (valeur 2005). La comparaison des revenus ((57'522 - 27'629) x 100 : 57'522) aboutit à un degré d'invalidité de 51,9%, taux qui confère à la recourante le droit à une rente d'invalidité de la part de l'intimée dès le 1 er janvier 2005. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée dans la mesure où elle nie le droit à une rente et confirmée pour le surplus. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG et 89H LPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).
PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 7 août 2008 de l'intimée en tant qu'elle nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Confirme la décision du 7 août 2008 pour le surplus. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité dès le 1 er janvier 2005 correspondant à un degré d'invalidité de 51,9%. Renvoie la cause à l'intimée à charge pour elle de calculer le montant de la rente due. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. 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); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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