

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1442/2009

ATAS/505/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 12 mai 2010

En la cause

Madame Y_____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Roger MOCK

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES, sise direction générale,
av. Perdttemps 23, NYON

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Y_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1964, est d'origine turque et naturalisée suisse. Elle est divorcée et mère de trois enfants nés en 1983, 1994 et 1998. Sa dernière activité était gérante d'un bar depuis 2001 où elle travaillait également en qualité de serveuse. Elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après l'assureur ou l'intimé).
2. Dans le courant du mois d'août 2005, l'assurée a présenté un arrêt de travail de longue durée en raison de cervico-brachialgies et a subi, le 20 janvier 2006, une cure de hernie discale C5-C6 droite et une mise en place d'une cage intersomatique. Le cas a été pris en charge par l'assureur perte de gain maladie.
3. Dans un rapport du 19 septembre 2006, le Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, mandaté par l'assureur perte de gain maladie, a indiqué qu'il avait reçu l'assurée en date du 24 août 2006. Il a retenu des cervico-brachialgies droites et un status après discectomie C5-C6 avec mise en place d'une cage. D'un point de vue objectif, il n'y avait pas d'anomalie neurologique. Ce médecin n'a pas pu faire de pronostic de guérison à huit mois de l'intervention chirurgicale et a précisé qu'elle présentait un tableau de douleurs chroniques compliqué d'un état dépressif, de sorte que la probabilité d'une amélioration notable et suffisante pour reprendre une activité de serveuse ne lui paraissait pas très élevée. L'assurée ne pouvait actuellement pas reprendre son activité lucrative de serveuse, son incapacité de travail étant pleinement justifiée. A long terme, bien que le taux d'activité ne puisse pas être exactement déterminé, une activité ne comportant pas d'effort important avec le membre supérieur droit était envisageable. Le médecin a donné l'exemple de l'activité de sertisseuse de pierres précieuses, telle que déjà exercée par l'assurée. Toutefois, une telle activité pourrait augmenter ses douleurs cervicales.
4. En date du 1^{er} octobre 2006, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière. Alors qu'elle traversait un passage piéton, elle a été heurtée par un véhicule qui faisait marche arrière. Celui-ci s'est alors avancé, puis a à nouveau reculé et a roulé sur le corps de l'assurée. La déclaration de sinistre, annonçant le cas à l'assureur et datée du 31 octobre 2006, atteste d'un salaire mensuel de 4'200 francs.
5. Par demande reçue le 2 octobre 2006, mais signée le 30 août 2006, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une mesure d'orientation professionnelle.
6. Dans un rapport du 5 octobre 2006, le Dr B_____, médecin auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a déclaré avoir examiné l'assurée le jour de son accident et avoir mis en évidence une plaie du cuir chevelu,

de multiples plaies superficielles de la face palmaire de l'avant-bras droit, un volumineux hématome sur la cuisse droite, une fracture d'une molaire supérieure droite, une fracture du bassin, des contusions multiples, un état de stress post-traumatique aigu ainsi qu'une entorse de la colonne cervicale sur status neuf mois après une cure chirurgicale d'une hernie discale cervicale C5-C6. L'incapacité de travail était entière pour une durée indéterminée.

7. Du 10 octobre au 9 novembre 2006, l'assurée a séjourné dans le secteur rééducation locomotrice de la Clinique de Joli-Mont. Dans leur rapport du 28 novembre 2006, les Drs C_____ et D_____ ont posé les diagnostics de fracture du bassin Tile B avec fracture parasymphysaire droite et impaction de la sacro-iliaque gauche, de traumatisme crânien simple, de contusions et plaies transcutanées multiples dont une plaie profonde du cuir chevelu, d'état dépressif sévère, de syndrome de stress post-traumatique et de probable cupulolithiase post-traumatique. Les antécédents médico-chirurgicaux étaient les suivants : discopathie cervicale pluri-étagée et status post-cure de hernie cervicale C5-C6 en janvier 2006, éthylo-tabagisme chronique, personnalité borderline et tachycardie supraventriculaire depuis l'enfance. La capacité de travail de l'assurée était nulle.
8. Dans un nouveau rapport du 7 décembre 2006, des médecins de la Clinique de Joli-Mont ont signalé le retour de l'assurée à domicile en date du 2 décembre 2006 et ont noté une amélioration tant somatique que thymique.
9. Dans son rapport du 28 février 2007, le Dr E_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a diagnostiqué une fracture Tile B parasymphysaire droite et impaction sacro-iliaque gauche depuis le 1^{er} octobre 2006, une opération d'une hernie cervicale C5-C6 avec mise en place d'une broche en janvier 2006, des douleurs et faiblesse du membre supérieur gauche et un kyste arachnoïdien non opéré, diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'un traumatisme crânien, un éthylysme chronique, une tendinite chronique du poignet droit et une dépression réactionnelle. La capacité de travail de l'assurée était nulle dès le 1^{er} octobre 2006 dans toute activité lucrative. Il y a joint :

- un courrier du 8 août 2005 du Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a signalé que l'assurée présentait un tremblement de la tête depuis 2003 et qu'elle se plaignait de cervico-brachialgies droites avec douleurs partant de la région du trapèze, puis descendant au niveau de l'épaule pour se terminer au niveau de la main avec des fourmillements concernant principalement les 2^{ème} et 3^{ème} doigts;

- un rapport du 30 janvier 2006 du service de neurochirurgie des HUG, duquel il ressort que l'assurée y a séjourné du 20 au 29 janvier 2006; le diagnostic principal était celui de discopathie pluri-étagée avec hernie discale C5-C6 et le diagnostic

secondaire de kyste arachnoïdien temporo-polaire gauche asymptomatique; l'incapacité de travail était totale ;

- un rapport du 18 juillet 2006 du Dr F_____, médecin au service de neurochirurgie des HUG, lequel a relevé que l'assurée souffrait de douleurs cervicales avec irradiation para-cervicale bilatérale prédominant à gauche, ainsi que de brachialgies droites avec irradiation jusqu'au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} doigts de la main droite; il lui conseillait de débiter des séances de physiothérapie avec massothérapie cervicale et exercices de flexion-extension-rotation.

10. L'assureur responsabilité civile du conducteur du véhicule responsable de l'événement du 1^{er} octobre 2006 a mandaté le Dr G_____, spécialiste en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a examiné l'assurée en date du 6 mars 2007. Dans son rapport du 19 mars 2007, il a retenu un status après traumatisme crânio-cérébral simple, un status après contusions multiples avec petite plaie au niveau de l'avant-bras et du poignet droit, un status après plaie pariéto-occipitale droite, après fracture complexe de l'anneau pelvien avec fracture de l'aileron sacré gauche et fracture des branches ilio et ischio-pubiennes droites. Dans son appréciation, il a pris note du fait que, lors de l'accident, l'assurée était déjà en incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2006, suite à une intervention de hernie discale cervicale entraînant des troubles neurologiques au membre supérieur droit. Il a conclu que son état n'était pas encore stabilisé et qu'il fallait encore deux ou trois mois avant que les fractures soient entièrement consolidées. Le status quo sine n'était ainsi pas encore atteint.
11. Dans son rapport du mois de mai 2007, le Dr H_____, généraliste et médecin traitant, a relevé que l'assurée présentait un état dépressif dans un contexte de choc post-traumatique, un status après traumatisme crânio-cérébral, des contusions multiples, une fracture complexe du bassin et un status après discectomie C5-C6 avec mise en place d'une cage en janvier 2006. L'état dépressif d'intensité moyenne était encore bien présent et la marche se faisait avec des cannes, car il existait toujours des douleurs pelviennes importantes.
12. Par rapport du 14 mai 2007, ce même médecin a posé les diagnostics de dépression chronique majeure depuis 2006, d'état de stress post-traumatique grave et de status après traumatismes crânio-cérébraux multiples (TCC) et fractures du bassin dès le mois d'octobre 2006, de status après discectomie C5-C6 avec mise en place d'une cage en janvier 2006 et de tachycardie supraventriculaire, tous ces diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait une capacité de travail nulle dès le 20 janvier 2006, en raison des suites d'une maladie et, dès le 1^{er} octobre 2006, pour les suites d'un accident. La capacité de travail devait être réévaluée dans six mois.

13. Dans un questionnaire du 28 juin 2007, la société X_____ Sàrl, laquelle était chargée de la comptabilité de Y_____ Sàrl, a informé l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) que l'assurée était responsable-gérante de cet établissement depuis le 1^{er} septembre 2001 et que son salaire mensuel était de 4'200 fr. depuis le 1^{er} juillet 2005. Les bilans 2003 à 2006 ont été transmis à l'OAI.
14. Le 4 juillet 2007, le Dr G_____ a reçu une nouvelle fois l'assurée. Dans son rapport du 18 août 2007, il a confirmé les diagnostics qu'il avait précédemment posés. Actuellement, la fracture de l'aileeron sacré gauche présentait une asymétrie modérée par rapport à la droite, mais était consolidée. En ce qui concernait les fractures pubiennes, celle de la branche ilio-pubienne, laquelle était très proche de la symphyse pubienne, n'était pas encore tout à fait consolidée et celle de la branche ischio-pubienne pouvait être considérée comme solide. Une amélioration nette était intervenue, même si l'assurée restait encore dolente. Il a requis qu'elle suive une physiothérapie sérieuse ou encore une cure de rééducation. De plus, un avis psychiatrique pouvait être utile. Selon l'expert, l'état actuel de l'assurée correspondait à la suite des fractures du bassin et rien ne laissait penser qu'avant son accident, elle avait déjà mal dans cette région. Il a considéré que sa capacité de travail était nulle dans la tenue de restaurants depuis son accident du 1^{er} octobre 2006 et de 50% dès le 1^{er} août 2007 dans cette même activité, en ce qui concernait les suites pures de cet accident. Si l'incapacité de travail devait se poursuivre, il a estimé qu'« il faudra mettre l'autre 50%, pour l'instant, à la charge des cas maladie de la patiente ». D'après lui, au vu de l'évolution satisfaisante du point de vue orthopédique depuis son rapport du mois de mars 2007, l'assurée devait bientôt pouvoir marcher sans cannes, probablement avec l'aide d'une médication antalgique. Un nouvel examen orthopédique pouvait, d'après l'expert, être effectué dans un délai de 6 mois.
15. Dans son rapport du 31 octobre 2007, le Dr I_____, chef de clinique de la Consultation de médecine et de prévention de la violence des HUG, a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique depuis le 11 octobre 2006 et a relevé que l'état de santé de l'assurée s'améliorait. D'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail était totale dès le 28 octobre 2007 dans sa précédente activité, sous réserve de la persistance de troubles du sommeil, lesquels pouvaient engendrer une diminution de rendement.
16. Le 28 novembre 2007, ce même médecin a attesté qu'il avait pris en charge l'assurée par intermittence du 1^{er} octobre 2006 au 28 novembre 2007, qu'un traitement psychothérapeutique avait commencé depuis quelques mois auprès de Madame H_____, psychologue, et que le syndrome post-traumatique n'était actuellement pas en rémission même si son évolution était favorable.

17. Le Centre médical d'expertise (ci-après CEMed) a été mandaté par l'assureur pour diligenter une expertise. Les Drs G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assurée le 13 décembre 2007 et rendu leur rapport en date du 22 février 2008. Ils ont posé les diagnostics de fracture du bassin, de contusions multiples, de fracture de dent, de traumatisme crânien avec plaies occipitales, de cervico-brachialgies droites, de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis le mois d'octobre 2006. Sur le plan psychiatrique, les experts n'ont retenu aucun élément en faveur d'un syndrome de stress post-traumatique, attendu que les plaintes en lien avec l'agression n'étaient pas corrélées avec l'observation clinique (absence de réactivité neurovégétative ou émotionnelle) et que certaines d'entre elles étaient peu crédibles (nécessité d'être constamment avec sa fille notamment). Ils ont également exclu tout trouble dépressif récurrent. La symptomatologie psychiatrique était principalement dominée par le trouble de la personnalité. Sur le plan orthopédique, la consolidation des fractures du bassin ne semblait pas entièrement obtenue, cependant, la boiterie et les douleurs de l'assurée étaient, d'après eux, exagérées et inexplicables par les seules séquelles organiques. Il n'existait notamment pas d'amyotrophie musculaire du membre inférieur droit. Une rééducation sérieuse et un bilan de la marche dans un centre de rééducation étaient indispensables pour une meilleure appréciation du cas. Les experts ont considéré que la fracture du bassin, les contusions multiples, la fracture de dent et les plaies, notamment occipitales, étaient en rapport de causalité certaine avec l'accident. En ce qui concernait les cervico-brachialgies et surtout leurs exacerbations, les experts ont estimé ne pas être compétents pour se prononcer sur le rapport de causalité et ont recommandé une nouvelle évaluation par le Dr A_____, neurologue. Enfin, la discopathie pluriétagée avec hernie discale C5-C6 et le kyste arachnoïdien temporo-polaire gauche asymptomatique existaient déjà avant l'accident. La personnalité émotionnellement labile de type borderline et le trouble de l'humeur étaient également présents avant l'accident, de sorte qu'ils n'avaient aucun lien avec l'accident. Quant au trouble de l'adaptation, il a été qualifié par les experts de « continuité de l'affection préexistante ». Les experts ont retenu que le statu quo ante avait été atteint sur le plan psychique, mais n'ont pas pu se déterminer sur cette question pour ce qui était des cervico-brachialgies. Avant l'accident, ils ont relevé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% en raison de ses cervico-brachialgies et des suites de l'intervention chirurgicale, de sorte que sa future activité devait être adaptée à cette atteinte. Actuellement, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans une activité debout et de 50% dans une activité assise avec de petits déplacements et sans port de charges. La capacité de travail était uniquement diminuée en raison des problèmes orthopédiques. En effet, d'un point de vue psychiatrique, elle pouvait travailler à plein temps sans diminution de rendement, étant précisé que ses affections psychiatriques étaient actuellement peu

sévères et qu'elles n'avaient pas empêché l'assurée de travailler par le passé. Enfin, les experts ont estimé que son état de santé n'était pas stabilisé d'un point de vue orthopédique, car elle n'avait pas encore pu bénéficier d'un séjour de rééducation, lequel était nécessaire et allait permettre d'améliorer la marche et d'évaluer la boiterie.

18. Le 4 mars 2008, le Dr G_____ a établi un troisième rapport, suite à un examen de l'assurée du 12 février 2008 et a confirmé le diagnostic de status après fracture sans déplacement de l'aileton sacré gauche et fractures des branches ilio et ischio-pubiennes droites. Une amélioration manifeste du point de clinique et radiologique était intervenue depuis son rapport du 18 août 2007, les fractures étant toutes les trois consolidées. Les douleurs au niveau de la sacro-iliaque droite étaient dues, d'après lui, à une affection sans rapport avec l'accident d'octobre 2006. En effet, des lésions dégénératives au niveau des deux articulations sacro-iliaques existaient déjà au moment de l'accident et les signes de surcharge, lesquels ressortaient de l'image radiologique, étaient vraisemblablement aussi antérieurs à l'accident. Au vu de ses constatations cliniques et radiologiques, ce médecin a conclu que le statu quo sine avait été atteint lors de son examen du 12 février 2008, de sorte que dès lors, les frais de traitement n'étaient plus en relation avec l'accident en cause. De plus, il a pris note du fait qu'avant son accident, l'assurée était déjà suivie pour un état dépressif et qu'elle était à l'époque en arrêt de travail pour des raisons de maladie.
19. Par courrier du 14 avril 2008, le conseil de l'assurée a informé l'assureur qu'elle était prête à effectuer un séjour de rééducation à la Clinique de réadaptation de Sion, mais qu'elle ne disposait pas de moyens financiers suffisants pour payer des frais de garde pour ses enfants. Dans un courrier postérieur du 23 juin 2008, elle a déclaré qu'en l'état, elle ne souhaitait pas accomplir ce séjour de rééducation, devant s'occuper de ses enfants, dont elle n'entendait pas se séparer.
20. Par rapport du 6 mai 2008, le Dr K_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs plus importantes qu'avant son opération en raison d'une hernie cervicale. Toutefois, il n'a pas détecté de déficit moteur ou sensitif franc aux membres supérieurs. Il s'agissait d'un état douloureux récidivant de type cervico-brachial droit, non déficitaire sur le plan clinique et non lésionnel sur le plan électrophysiologique.
21. Un examen rhumatologique et psychiatrique a été diligenté par les Drs L_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et M_____, psychiatre, médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), lesquels ont rencontré l'assurée en date des 28 janvier et 5 mai 2008. Dans leur rapport du 14 mai 2008, ils ont posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques persistantes et, en particulier, de status après cure de hernie discale C5-C6 et mise en place d'une cage

intersomatique en janvier 2006 et de petite hernie discale médiane non neuro-compressive C3-C4, de lombopyalgies bilatérales chroniques persistantes, soit un status après fracture du bassin Tile B (fracture para-symphysaire droite et impaction de la sacro-iliaque gauche) le 1^{er} octobre 2006 et de lésions dégénératives de l'articulation sacro-iliaque droite, tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les autres diagnostics étaient ceux de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, de personnalité émotionnellement labile type borderline, non décompensée, et de status après fulguration d'un faisceau accessoire pour maladie de Bouveret en juillet 2007. L'examen ostéoarticulaire des extrémités était normal et ne mettait pas en exergue d'amyotrophie, de synovite, de limitation significative de mouvement ou de douleur dite insertionnelle. Au niveau du rachis, l'examen a mis en évidence des troubles modestes de la statique et surtout une nette limitation de mobilité du rachis cervical, douloureux dans les mouvements vers la droite. Il existait une cohérence entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives au niveau cervical. Au niveau lombo-pelvien, l'examineur a uniquement noté, sur la base des données radiologiques, que l'assurée présentait des lésions dégénératives, d'importance modérée. Ainsi, au vu de ces lésions et de l'évolution satisfaisante des fractures pelviennes, il a estimé que l'utilisation d'une canne anglaise ne semblait objectivement pas indispensable. Il a également relevé les douleurs permanentes de l'assurée et son intolérance à l'effort concernant son membre supérieur droit, situation qui était déjà présente au mois de janvier 2008. Il a conclu que le rachis cervical et lombaire de l'assurée présentait une fragilité significative et que, malgré l'absence de déficits neurologiques et/ou musculo-squelettiques absolument objectivés, il était médicalement réaliste d'admettre également l'existence d'une fragilité biomécanique de son membre supérieur droit, laquelle entraînait des limitations fonctionnelles s'ajoutant aux limitations fonctionnelles imputables à la problématique lombo-pelvienne. Sur le plan psychiatrique, l'examineur a principalement retenu une labilité émotionnelle, une instabilité de l'humeur, des capacités d'anticipation réduites, des éclats de colère, des menaces de suicide et des gestes auto-agressifs, dans le cadre d'une personnalité émotionnellement labile type borderline, non décompensée, et présente depuis l'adolescence, laquelle n'avait toutefois jamais empêché l'assurée de travailler. Ils ont également encore relevé que l'état de stress post-traumatique était en rémission complète et n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient tant liées aux cervico-brachialgies qu'aux lombopyalgies et concernaient le maintien permanent de la tête dans des positions immobiles prolongées, notamment en rotation droite, le déploiement régulier de force avec le membre supérieur droit, le port et le soulèvement de charges de plus de 4kg, la nécessité de pouvoir déployer de manière répétitive une pollici-digitale efficace, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et, enfin, le maintien prolongé de la position assise et debout, l'assurée devant pouvoir changer de position au moins deux fois pas heure. Il n'existait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Les examinateurs ont relevé que l'assurée présentait une incapacité

de travail totale depuis le 3 août 2005 en raison des cervico-brachialgies droites, toutefois, elle avait pu reprendre son activité antérieure à 50% dans le courant de l'été 2006. L'incapacité de travail était à nouveau totale dès son accident du 1^{er} octobre 2006. Ils ont estimé qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du rapport du Dr G_____ (CEMed) du mois de décembre 2007, lequel concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée d'un point de vue orthopédique, et de celui du Dr G_____, lequel admettait que le statu quo sine était atteint en février 2008. Eu égard à ces rapports et attendu que les fractures du bassin étaient consolidées et que les troubles annoncés par l'assurée étaient essentiellement liés à ses problèmes dégénératifs lombo-sacrés préexistants, ils ont conclu que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques dès le mois de février 2008, soit environ 18 mois après l'événement du 1^{er} octobre 2006. Ils ont toutefois précisé que l'activité de sertisseuse de pierres précieuses n'était plus exigible actuellement compte tenu de ses problèmes cervico-brachiaux droits. La problématique psychiatrique de l'assurée ne limitait actuellement pas la capacité de travail de l'assurée.

22. Suite à deux courriers de l'assureur des 13 mai et 10 juin 2008, l'assurée a déclaré, le 23 juin 2008, ne pas vouloir accomplir de séjour de rééducation, devant s'occuper de ses deux enfants.
23. Le 14 juillet 2008, le Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu son rapport d'expertise après avoir examiné l'assurée sur demande de l'assureur. Il a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites, de status après discectomie C5-C6 avec mise en place d'une cage, de status après fracture du bassin Tile B avec fracture parasymphysaire et impaction de la sacro-iliaque gauche, d'état dépressif avec trouble de la personnalité borderline, de tremblement de la tête, de cardiopathie (épisodes de tachycardie depuis de nombreuses années) et d'hypertension artérielle traitée. Il a signalé que les cervico-brachialgies droites étaient présentes depuis 2002 et qu'elles étaient accompagnées de fourmillement des doigts 2 et 3. Son évaluation objective ne montrait pas de modification de son état de santé après la survenue de l'accident. Il a constaté que l'examen électroneuromyographique était normal et qu'il n'existait ni d'atrophie musculaire ni de déficit moteur. Il a expliqué que la plus grande partie des troubles actuels liés aux cervico-brachialgies n'étaient pas en relation avec l'accident et a estimé qu'une aggravation, soit peut-être de 10 à 20% des symptômes rapportés par l'assurée, pouvaient être en relation de causalité avec l'accident, mais il a souligné qu'aucun élément précis et objectif ne permettait de quantifier cette aggravation. Il a relevé un syndrome vertébral cervical modéré, une discrète hypoesthésie du 3^{ème} doigt à droite et d'un tremblement de tête et a admis la cohérence des symptômes avec les anomalies radiologiques. Il a enfin conclu que les cervico-brachialgies étaient à l'origine d'une incapacité de travail totale avant l'accident et de 50% à une semaine avant l'accident. Cette affection engendrait encore actuellement une incapacité de

travail de 50%, mais une incapacité de travail en relation avec l'accident n'était pas justifiée.

24. Par courrier du 25 juillet 2008, l'assureur a requis que l'assurée suive une mesure médicale complémentaire, telle qu'une rééducation, préconisée par les experts du CEMed. Il lui a proposé d'effectuer le séjour de rééducation auprès de la Clinique de Joli-Mont à Genève.
25. Dans un courrier du 13 octobre 2008 adressé au Conseil de l'assurée, l'assureur a indiqué être sans nouvelles d'elle depuis le mois de mai 2008, la dernière attestation médicale d'incapacité de travail reçue étant datée du 30 mai 2008. Par conséquent, le paiement de l'indemnité journalière avait été suspendu dès le mois de juin 2008. L'assureur a ainsi imparti à l'assurée un délai de réflexion de sept jours, conformément à la loi, pour lui faire part de sa disponibilité à une mesure de rééducation à la marche, à défaut, les prestations relevant de l'assurance-accidents seraient suspendues. Il a également précisé que si elle devait se soustraire à une telle mesure, le droit à la rente serait examiné sur la base de la situation qui aurait été la sienne si la rééducation avait été effectuée et avait débouché sur le résultat médical escompté, à savoir une récupération satisfaisante de la marche.
26. Le 14 novembre 2008, l'OAI a signifié à l'assurée un projet d'acceptation de rente entière pour la période du 1^{er} août 2006 au 30 avril 2008. En effet, d'après l'OAI, elle pouvait reprendre, dès le mois de février 2008, une activité physique légère et il résultait d'une comparaison des revenus que son degré d'invalidité était depuis lors nul.
27. Dans un rapport d'entretien du 10 décembre 2008, la Dresse N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a établi qu'au vu de l'expertise du Dr G_____ du 4 mars 2008, « le statu quo sine est établi concernant les troubles sacro-iliaques (non traumatiques). Les foyers de fracture sont consolidés sans séquelles anatomiques ». Elle concluait à l'exclusion d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
28. Par décision du 15 décembre 2008, l'assureur a considéré qu'au vu des rapports du CEMed du 22 février 2008 et du Dr G_____ du 4 mars 2008, l'état de santé de l'assurée était stabilisé. Un calcul du taux d'invalidité a été effectué, duquel il ressort que le revenu de valide était basé sur une capacité de travail de 50% dans une activité de gérante de restaurant et le revenu d'invalidité sur une capacité de travail de 50% dans une activité légère et sédentaire. La perte de gain étant quasiment nulle (0.24%), l'assurée n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, eu égard au rapport du Dr G_____ du 4 mars 2008, selon lequel les fractures s'étaient consolidées sans séquelles anatomiques, l'assureur a exclu une atteinte à l'intégrité et a suspendu la prise en charge d'un traitement médical.

29. Par courrier du 13 janvier 2009, l'assurée, représentée par son Conseil, a fait opposition à cette décision. Elle a allégué qu'il était prématuré que l'assureur prenne en considération la décision de l'OAI, attendu qu'elle l'avait contestée. En outre, elle a souligné que son état de santé n'était pas stabilisé, que son incapacité de travail liée à l'accident du 1^{er} octobre 2006 était de 50% et qu'elle ne pouvait actuellement pas bénéficier d'un quelconque revenu. Enfin, c'était à tort, selon elle, qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui avait été refusée et que la prise en charge du traitement médical avait été suspendue. Elle a ainsi requis l'octroi des prestations de l'assurance-accidents.
30. Par décision du 20 janvier 2009, l'assureur a procédé au calcul de surindemnisation pendant la période du 1^{er} octobre 2006 au 31 avril 2008. Le gain présumable perdu s'élevait à 81'207 fr. 75, les prestations de l'assurance-accidents à 24'410 fr. 20 et les prestations de l'assurance-invalidité à 67'428 fr., de sorte que la surindemnisation était de 10'630 fr. 45 (81'207.75 - 24'410.20 - 67'428), somme qu'il allait faire valoir sur le paiement rétroactif de l'assurance-invalidité.
31. Par courrier du 4 février 2009, l'assurée a contesté la décision du 20 janvier 2009, sollicitant qu'il soit renoncé au remboursement d'une surindemnisation.
32. Par décision du 24 février 2009, l'OAI a confirmé sa décision du 14 novembre 2008 allouant à l'assurée une rente entière d'août 2006 à avril 2008. L'assurée a recouru contre cette décision par devant le Tribunal de céans (cause A/924/2009).
33. Par décision du 23 mars 2009, l'assureur a rejeté les oppositions contre ses décisions des 15 décembre 2008 et 20 janvier 2009. Il a considéré qu'au vu des rapports des Drs A_____, G_____ et des médecins du CEMed, les affections de l'assurée n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'accident. Partant et dans la mesure où elle n'avait plus fourni d'attestation d'arrêt de travail après le 31 mai 2008, il avait cessé le versement des indemnités journalières dès cette date-là. De plus, se fondant sur le rapport du Dr G_____ du 4 mars 2008, il a retenu que les fractures étaient toutes consolidées, qu'il n'existait plus de séquelle anatomique et que l'état de santé de l'assurée s'était stabilisé, de sorte qu'elle n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il lui a également refusé une rente d'invalidité, son degré d'invalidité étant inférieur à 10%. Enfin, attendu qu'il existait une surassurance de 10'630 fr. 45 pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 avril 2008, il allait faire valoir ce montant sur le paiement rétroactif de l'assurance-invalidité.
34. Le 21 avril 2009, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'indemnités journalières, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et d'une rente d'invalidité, sous suite de dépens. Elle requérait également le déboutement de l'intimée de sa demande tendant au versement d'une somme de 10'630 fr. 45 au titre de surindemnisation

pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 avril 2008 et, le cas échéant, le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. En guise de motivation, il fait uniquement valoir que "Il n'est pas contesté, et d'ailleurs [l'intimée] ne le nie pas, que la recourante souffre de sérieux problèmes de santé en relation notamment avec l'accident dont elle a été victime le 1^{er} octobre 2006".

35. Par courrier du 24 août 2009, le conseil de la recourante a informé le Tribunal de céans qu'elle avait été condamnée à sept ans et demi de prison par un Tribunal d'Izmir et qu'elle pouvait être libérée au plus tôt dans deux ans. Il sollicitait ainsi la suspension de la procédure sur la base de l'art. 78 let. a et d LPA.
36. Par détermination du 7 septembre 2009, l'intimée a estimé que la présence de la recourante n'était pas nécessaire pour se déterminer sur les points litigieux. Par ailleurs, il était probable, d'après elle, qu'elle ait déjà été incarcérée au moment de la notification des décisions du 15 décembre 2008 et 20 janvier 2009, ainsi que de la décision sur opposition du 23 mars 2009, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de suspendre, à ce stade de la procédure, l'instruction de la cause.
37. Dans un courrier du 29 septembre 2009, le Conseil de la recourante a persisté dans sa demande de suspension de l'instruction, faisant valoir que la loi sur la procédure administrative contenait une lacune au sujet des motifs de suspension, le législateur n'ayant pas pensé à l'hypothèse de la détention. Par ailleurs, le Tribunal de céans ne pouvait pas, d'après lui, se déterminer, en l'absence de la recourante, sur l'évolution de son état de santé et sur son taux d'invalidité.
38. Par ordonnance du 12 octobre 2009, le Tribunal de céans a rejeté la requête de suspension de l'instruction de la cause, précisant notamment que le dossier semblait être bien instruit, la recourante ayant fait l'objet de plusieurs expertises et examens médicaux.
39. Le 4 novembre 2009, le Conseil de la recourante a indiqué que d'après un de ses proches, son état s'était encore péjoré depuis son incarcération, de sorte qu'il maintenait ses conclusions.
40. Par réponse du 1^{er} décembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 23 mars 2009. Il a soutenu que le statu quo sine était atteint en date du 31 mai 2008 et qu'il n'existait plus, depuis lors, de rapport de causalité entre l'accident et les atteintes dont souffrait la recourante. De plus, attendu que la situation médicale s'était stabilisée et que les séjours de rééducation recommandés par les experts médicaux n'avaient jamais été effectués, c'était à juste titre qu'il avait été mis fin à la prise en charge du traitement médical dans le cadre de la décision du 15 décembre 2008. Par ailleurs, la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité, eu égard à sa perte de gain inférieure à 10%. Enfin, l'intimé a allégué qu'il avait droit au remboursement d'une somme de 10'630 fr. 45 de la part

de l'assurance-invalidité au titre de sur-indemnisation pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 avril 2008.

41. Le 19 février 2010, le Tribunal de céans a ordonné l'apport de la procédure A/924/2009 opposant la recourante à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève et a octroyé aux parties un délai pour se déterminer sur cette procédure.
42. Par écriture du 11 mars 2010, l'intimée a renoncé à se déterminer à nouveau.
43. Le 22 avril 2010, le conseil de la recourante a persisté dans ses conclusions, tout en précisant qu'il n'avait plus aucun contact avec sa cliente depuis son incarcération en Turquie.
44. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA)
3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé les indemnités journalières de la recourante dès le 31 mai 2008, qu'il lui a refusé le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à une rente d'invalidité et, enfin, qu'il a fait valoir son droit à un montant de 10'630 fr. 45 sur le versement rétroactif de l'assurance-invalidité fondé sur une surindemnisation de la recourante.
4. Il sied en premier lieu d'examiner s'il y a un lien de causalité entre les troubles présents au 31 mai 2008 et l'accident du 1^{er} octobre 2006.
 - a) 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.
 - b/aa) 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. 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, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b/bb) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 no U 206 p. 328 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (cf. not. 8C_552/2007 du 17 février 2008 consid. 2).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b/cc) 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 correspondre 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).

c) 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).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

6. La recourante soutient que ses problèmes de santé actuels sont, en tous les cas en partie, encore en relation causalité avec l'accident dont elle a été victime le 1^{er} octobre 2006, ce qui est nié par l'intimé dans sa décision dont est recours.

Il est à rappeler que la recourante a présenté un arrêt de travail de longue durée dès le mois d'août 2005 en raison de cervico-brachialgies droites et qu'elle a subi, le 20 janvier 2006, une cure de hernie discale avec mise en place d'une cage intersomatique. Le Dr A_____, mandaté par l'assureur perte de gain maladie, a retenu, dans son rapport du 19 septembre 2006, des cervico-brachialgies droites et un status après discectomie C5-C6 avec mise en place d'une cage. D'un point de vue objectif, il n'y avait pas d'anomalie neurologique. Ce médecin a précisé qu'elle présentait un tableau de douleurs chroniques compliqué d'un état dépressif, de sorte que la probabilité d'une amélioration notable et suffisante pour reprendre une activité de serveuse ne lui paraissait pas très élevée. La recourante ne pouvait pas reprendre son activité lucrative de serveuse, son incapacité de travail étant pleinement justifiée. A long terme, bien que le taux d'activité ne puisse pas être exactement déterminé, une activité ne comportant pas d'effort important avec le membre supérieur droit était envisageable, comme par exemple celui de sertisseuse de pierres précieuses.

Dans son rapport subséquent du 14 juillet 2008, ce médecin a signalé que les cervico-brachialgies droites étaient présentes depuis 2002 et qu'elles étaient accompagnées de fourmillement des doigts 2 et 3. Son évaluation objective ne montrait pas de modification de l'état de santé de la patiente après la survenue de l'accident. Il a expliqué que la plus grande partie des troubles actuels liés aux cervico-brachialgies n'étaient pas en relation avec l'accident et a estimé qu'une aggravation, soit peut-être de 10 à 20% des symptômes rapportés par la recourante, pouvaient être en relation de causalité avec l'accident. Toutefois, aucun élément précis et objectif ne permettait de quantifier cette aggravation. Il a noté qu'il avait relevé un syndrome vertébral cervical modéré, une discrète hypoesthésie du 3^{ème} doigt à droite et un tremblement de tête. Les symptômes concordaient avec les anomalies radiologiques. Il a enfin conclu que les cervico-brachialgies étaient à l'origine d'une incapacité de travail totale avant l'accident et de 50% à une semaine avant l'accident. Cette affection engendrait encore actuellement une incapacité de travail de 50%, mais une incapacité de travail en relation avec l'accident n'était pas justifiée.

Les Drs G_____ et J_____ ont posé, en date du 22 février 2008, les diagnostics de fracture du bassin, de contusions multiples, de fracture de dent, de

traumatisme crânien avec plaies occipitales, de cervico-brachialgies droites, de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis le mois d'octobre 2006. Ils ont constaté que le jour de l'examen les fractures du bassin n'étaient pas toutes entièrement consolidées. Ils ont considéré que la fracture du bassin, les contusions multiples, la fracture de dent et les plaies, notamment occipitales, étaient en rapport de causalité certaine avec l'accident. Enfin, la discopathie pluriétagée avec hernie discale C5-C6 et le kyste arachnoïdien temporo-polaire gauche asymptomatique existaient déjà avant l'accident. La personnalité émotionnellement labile de type borderline et le trouble de l'humeur étaient également présents avant l'accident, de sorte qu'ils n'avaient aucun lien avec l'accident. Quant au trouble de l'adaptation, il a été qualifié par les experts de « continuité de l'affection préexistante ». Les experts ont retenu que le statu quo ante avait été atteint sur le plan psychique, mais n'ont pas pu se déterminer sur cette question pour ce qui était des cervico-brachialgies. Ils ont estimé que l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé d'un point de vue orthopédique, car elle n'avait pas encore pu bénéficier d'un séjour de rééducation, lequel était nécessaire et allait permettre d'améliorer la marche et d'évaluer la boiterie. Sa capacité de travail actuelle, laquelle était uniquement diminuée en raison de ses problèmes orthopédiques était de 50% dans une activité assise avec de petits déplacements et sans port de charges. D'un point de vue psychiatrique, elle pouvait travailler à plein temps sans diminution de rendement, étant précisé que ses affections psychiatriques étaient actuellement peu sévères et qu'elles n'avaient pas empêché la recourante de travailler par le passé.

Le Dr G _____ a quant à lui examiné l'assurée à trois reprises concernant les atteintes de son bassin. Suite à son second rapport, dans lequel il avait certes constaté une évolution favorable de la situation orthopédique de la recourante, sans qu'une consolidation totale de toutes les fractures pubiennes ne soit intervenue, ce médecin a attesté, dans son troisième rapport du 4 mars 2008, que lors de son examen du 12 février 2008, les fractures des branches ilio et ischio-pubiennes étaient toutes consolidées. Les douleurs au niveau de la sacro-iliaque droite étaient dues, d'après lui, à une affection sans rapport avec l'accident d'octobre 2006. En effet, des lésions dégénératives au niveau des deux articulations sacro-iliaques existaient déjà au moment de l'accident et les signes de surcharge, lesquels ressortaient de l'image radiologique, étaient vraisemblablement aussi antérieurs à l'accident. Au vu de ses constatations cliniques et radiologiques, ce médecin a conclu que le statu quo sine avait été atteint lors de son examen du 12 février 2008, de sorte que dès lors, les frais de traitement n'étaient plus en relation avec l'accident en cause. De plus, il a pris note du fait qu'avant son accident, la recourante était en arrêt de travail pour des raisons de maladie.

Le Tribunal de céans constate que les déclarations de ces médecins se fondent tous sur un examen de la recourante et sur son dossier asséculoologique et radiologique.

L'anamnèse est complète (certes courte chez le Dr A _____) et les plaintes de la recourante ont été prises en compte. Leurs observations objectives et leur appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts ont également dûment expliqué et motivé leur point de vue et leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Partant, leurs rapports répondent aux exigences permettant de leur reconnaître pleine valeur probante au sens où l'entend la jurisprudence, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante.

Leurs conclusions doivent ainsi être suivies, de sorte qu'il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que les troubles orthopédiques touchant au bassin ne sont plus, dès le mois de février 2008, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} octobre 2006, ce qui a très clairement été conclu par le Dr G _____, lequel a examiné l'assurée en dernier lieu, peu après les experts du CEMed.

Pour ce qui est de ses troubles psychiques, il apparaît à la lecture du rapport du CEMed, lequel est au demeurant confirmé par celui du Dr I _____, qu'ils ne sont plus, en tous les cas dès le mois de décembre 2007, en relation de causalité naturelle avec l'accident. Enfin, les cervico-brachialgies et autres troubles neurologiques, lesquels sont de manière prépondérante d'origine malade, ne sont pas, au degré de vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec cet accident, attendu qu'ils ne l'ont jamais été.

Compte tenu de l'absence de causalité entre les atteintes à la santé de la recourante et l'accident du 1^{er} octobre 2006 dès le mois de février 2008, c'est à juste titre que l'intimé a mis fin au 31 mai 2008 aux prestations d'assurance.

7. La recourante sollicite également qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui soit versée.

a) Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA).

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les

assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen. La gravité s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'IPAI se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'IPAI peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATF non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). (ATF 113 V 218 consid. 4; W. GILD et H. ZOLLINGER, *Die Integritätschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

b) En l'espèce, le Dr O _____ a exposé, dans son rapport du mois de mars 2008, que les trois fractures du bassin s'étaient entièrement consolidées, de sorte qu'il n'y a pas de place pour l'octroi d'une telle indemnité pour atteinte à l'intégrité. C'est ainsi à raison que l'intimée a refusé cette indemnité à la recourante.

8. Reste enfin à examiner la question de la surindemnisation.

a) À teneur de l'art. 69 LPGA, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1^{er}). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (al. 2). Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte (al. 3).

La coordination entre les indemnités journalières et les rentes est réglée à l'art. 68 LPGA. D'après cette disposition, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (art. 69 al. 2 LPGA). En cas de surindemnisation provenant du cumul d'indemnités journalières et d'une rente, ce sont les premières qui sont réduites jusqu'à concurrence de la limite de la surindemnisation (art. 69 al. 3 LPGA *a contrario* ; ATFA non publié du 21 décembre 2005, K 73/05, consid. 2.2). Il est toutefois nécessaire, dans ce cas, que les prestations d'assurance en question concernent un même événement (concordance événementielle) (cf. not. FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, SBVR, 2ème éd., n. 396 p. 954)

b) En l'espèce, il ne peut être contesté que la recourante a touché du 1^{er} octobre 2006 au 30 avril 2008 une rente d'invalidité au plus des indemnités journalières. Partant, l'intimée est en droit de réclamer à l'assurance-invalidité le montant représentant une surindemnisation. La recourante n'a par ailleurs pas contesté le calcul de la surindemnisation, de sorte qu'il y a lieu de confirmer que celle-ci représente 10'630 fr. 45.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le