

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/924/2009

ATAS/582/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 26 mai 2010**

En la cause

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

recourante

contre

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

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.
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 inter-somatique. 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<sup>er</sup> 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-accidents et daté du 31 octobre 2006, atteste d'un salaire mensuel de 4'200 francs. Cet assureur a pris en charge les suites de l'accident.
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 du 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 9 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 et 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. Ils 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<sup>er</sup> 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 éthyliste chronique, une tendinite chronique du poignet droit et une dépression réactionnelle. La capacité de travail de l'assurée était nulle dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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' OAI que l'assurée était responsable-gérante de cet établissement depuis le 1<sup>er</sup> septembre

2001 et que son salaire mensuel était de 4'200 fr. depuis le 1<sup>er</sup> 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'aileron 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<sup>er</sup> octobre 2006 et de 50% dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> octobre 2006 au 28 novembre 2007, qu'un traitement psychothérapeutique avait commencé depuis quelques mois auprès de Madame U \_\_\_\_\_, 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-accidents 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 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 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'aileron 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 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.
20. 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 lombopygalgies 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<sup>er</sup> 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 lombopygialgies 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

21. 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-accidents. 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<sup>ème</sup> 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.
22. Suite à plusieurs refus de l'assurée d'effectuer un séjour de rééducation à la Clinique de Sion, l'assureur-accidents a encore requis d'elle, par courriers des 25 juillet et 13 octobre 2008 qu'elle accomplisse un tel séjour auprès de la Clinique de Joli-Mont à Genève, toutefois, l'assurée n'y a pas donné suite.
23. Le 23 octobre 2008, l'OAI a déterminé la perte de gain. Il a retenu que l'assurée avait un statut d'indépendante en qualité de gérante d'un café-bar. Cependant, la société ayant fait des pertes en 2003 et en 2004 ainsi qu'un petit bénéfice de 4'195 fr. en 2002, ils se sont basés sur les extraits de son compte individuel (2002 à 2004) pour fixer son revenu sans invalidité. Son revenu d'invalidité a quant à lui été établi d'après le tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ESS 2006), puis a été adapté à 2007.

24. Le 14 novembre 2008, l'OAI a signifié à l'assurée un projet d'acceptation de rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> août 2006 au 30 avril 2008. En effet, dès le mois de février 2008, l'assurée pouvait reprendre une activité lucrative légère et il résultait d'une comparaison des revenus que son degré d'invalidité était dès lors nul.
25. Dans un rapport d'entretien du 10 décembre 2008, la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, a déclaré 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.
26. Par courrier du 17 décembre 2008, l'assurée a contesté la décision du 14 novembre 2008 de l'OAI, dans la mesure où l'octroi de la rente était limité dans le temps. Son état de santé n'avait en effet pas évolué de manière favorable depuis le 1<sup>er</sup> mai 2008 et son incapacité de travail était toujours totale.
27. Par décision du 24 février 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 novembre 2008.
28. Le 16 mars 2009, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son Conseil, et a sollicité qu'une rente entière continue à lui être allouée postérieurement au 1<sup>er</sup> mai 2008. Elle a allégué qu'au vu de ses problèmes de santé, elle n'était pas apte à reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
29. Par décision du 23 mars 2009, l'assureur-accidents a confirmé 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<sup>er</sup> octobre 2006 au 30 avril 2008, il allait faire valoir ce montant sur le paiement rétroactif de l'assurance-invalidité.
30. 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.

31. Par réponse du 2 septembre 2009, l'OAI s'est opposé à la suspension de l'instruction de la cause et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a sollicité la production des pièces justifiant des dates d'incarcération de la recourante.
32. Dans un courrier du 29 septembre 2009, le Conseil de la recourante a persisté dans sa demande de suspension de la procédure jusqu'à la libération de sa mandante, en faisant valoir que la loi contenait une lacune au sujet des motifs de suspension, le législateur n'ayant pas pensé à l'hypothèse de la détention. Il a soutenu sur le fond que le Tribunal de céans ne pouvait pas en l'état se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante.
33. 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 d'examens médicaux.
34. 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.
35. Le 19 février 2010, le Tribunal de céans a ordonné l'apport de la procédure A/1142/2009 opposant la recourante à la GENERALI Assurances et a octroyé aux parties un délai pour se déterminer sur cette procédure.
36. Dans son avis médical du 9 avril 2010, la Dresse O\_\_\_\_\_ du SMR a analysé le dossier de l'assureur-accidents et constaté qu'il ne contenait aucun élément médical objectif permettant de reconsidérer les conclusions du rapport d'examen du SMR du 9 juin 2008. Sur la base de cet avis, l'intimé a persisté dans ses conclusions, par écriture du 12 avril 2010.
37. 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.
38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

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

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

2. Le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI). Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Avant cette date, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

La cinquième révision a en revanche modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C\_373/08, consid. 2.1). En l'espèce toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a débuté au mois d'août 2005 et que la demande de prestations a été déposée en 2006, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5<sup>ème</sup> révision de l'AI et le droit transitoire).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière de l'assurée dès le 30 avril 2008.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification

sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA)

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

7. a) 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.

b) 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).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

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

c) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C\_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C\_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C\_885/2007, consid. 3.2).

d) 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).

8. En l'espèce, l'intimé s'est principalement basé sur le rapport de l'examen rhumatopsychiatrique du SMR du 14 mai 2008 pour rendre sa décision. Il ressort de ce rapport que les diagnostics retenus sont des cervico-brachialgies droites chroniques persistantes et des lombopygialgies bilatérales chroniques persistantes, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, de personnalité émotionnellement labile type borderline, non décompensé, et d'un status après fulguration d'un faisceau accessoire pour maladie de Bouveret en juillet 2007. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux cervico-brachialgies et aux lombopygialgies 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 pince pollici-digitale efficace, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et, enfin, le maintien prolongé de la position assise et debout, la recourante devant pouvoir changer de position au moins deux fois pas heure. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. Pour se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, ses examinateurs se sont en se fondés notamment sur le rapport des médecins du CEMed et sur ceux du Dr G\_\_\_\_\_. Les fractures du bassin étant consolidées, celle-ci présentait, d'après les examinateurs, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques dès le mois de février 2008. Ils ont précisé que l'activité de sertisseuse de pierres précieuses n'était plus exigible actuellement compte tenu de ses problèmes cervico-brachiaux droits.

Ce rapport est basé sur une anamnèse familiale, professionnelle, médicale, psychosociale et psychiatrique de la recourante ainsi que sur ses plaintes, deux examens personnels et son dossier médical. Cependant, bien que les médecins du CEMed se soient exprimés sur sa capacité de travail "actuelle" d'un point de vue orthopédique, les médecins du SMR ont perdu de vue que le but des rapports de ces médecins et du Dr G\_\_\_\_\_, sur lesquels ils se basent, consistait essentiellement à se prononcer sur le lien de causalité entre les affections rhumatologiques et psychiatriques actuelles et l'accident du 1<sup>er</sup> octobre 2006, et non sur une éventuelle incapacité de travail de la recourante découlant des affections sans rapport avec l'accident, soit notamment des lésions dégénératives des articulations sacro-iliaques ou des cervico-brachialgies droites. Par ailleurs, les cervico-brachialgies et leurs exacerbations sont des troubles neurologiques, qui

avaient engendré, dès 2005, une incapacité de travail totale de longue durée. Lors de la rédaction de leur rapport, les médecins du SMR n'avaient pas non plus connaissance du rapport neurologique de juillet 2008 du Dr A\_\_\_\_\_. Enfin, il sera encore relevé qu'on ne comprend pas très bien comment les examinateurs arrivent à conclure à une entière capacité de travail même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, alors qu'ils constatent une fragilité du membre supérieur droit et du rachis cervical et lombaire, affections qui engendraient, pour certaines d'entre elles, une incapacité de travail totale dès août 2005 ou, en tous les cas, de 50 % juste avant l'accident d'octobre 2006. Les examinateurs n'expliquent, au demeurant, pas de quelle manière ces troubles se seraient améliorés depuis lors. Il est pourtant indiqué dans leur rapport qu'il y a une cohérence satisfaisante entre les plaintes de la recourante et les constatations objectives au niveau cervical (p. 11), soit s'agissant des plaintes les plus invalidantes. Le Dr L\_\_\_\_\_ mentionne également qu'il est médicalement réaliste d'admettre l'existence d'une fragilité biomécanique du membre supérieur droit qui entraîne des limitations fonctionnelles, lesquelles s'ajoutent aux limitations fonctionnelles imputables à la problématique lombo-pelvienne.

Au vu de ce qui précède, le rapport du SMR présente des incohérences et ne saurait ainsi présenter pleine valeur probante au sens où l'entend la jurisprudence.

9. Le Tribunal de céans constate que les troubles de la recourante sont d'ordre psychiatrique, neurologique et orthopédique. Chaque aspect devra ainsi être examiné séparément afin de déterminer si elle était effectivement capable de travailler à 100 % dès le mois de février 2008 comme le soutient l'OAI.

a) Sur le plan psychiatrique, le Dr J\_\_\_\_\_, médecin au CEMed, a retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée depuis le mois d'octobre 2006. Il a principalement exposé que la symptomatologie psychiatrique était dominée par le trouble de la personnalité et a exclu tout syndrome de stress post-traumatique ou trouble dépressif récurrent. D'après lui, d'un point de vue psychiatrique, la recourante pouvait travailler à plein temps sans diminution de rendement, étant précisé que ses affections psychiatriques étaient actuellement peu sévères et qu'elles ne l'avaient pas empêchée de travailler par le passé. De plus, le Dr I\_\_\_\_\_ n'a pas non plus retenu, dans son rapport du 31 octobre 2007, de diminution de la capacité de travail, hormis une éventuelle baisse de rendement due à la persistance des troubles du sommeil.

Ce rapport d'expertise du CEMed présente valeur probante. En effet, il comporte une anamnèse détaillée et un exposé des plaintes de la recourante, il se base sur des examens complets, les diagnostics sont clairement posés et les affections psychiatriques et somatiques ont été discutées et les conclusions motivées.

Ainsi, les troubles psychiatriques de la recourante, lesquels avaient une influence sur sa capacité de travail dès l'accident du 1<sup>er</sup> octobre 2006, se sont améliorés et n'engendrent plus de limitations de cette capacité dès l'examen des médecins du CEMed.

b) Sur le plan neurologique, le Dr A \_\_\_\_\_, neurologue, a examiné la recourante et s'est exprimé en qualité d'expert sur demande de l'assureur-accidents.

Dans ce rapport, il a notamment retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites, 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 expliqué que la plus grande partie des troubles actuels liés aux cervico-brachialgies n'étaient pas en relation avec l'accident et a conclu qu'elles étaient à l'origine d'une incapacité de travail totale de 100 % jusqu'à une semaine avant l'accident et de 50 % depuis lors. Cette affection justifiait encore actuellement une incapacité de travail de 50 %.

Il est vrai que l'anamnèse de la recourante est très courte, toutefois, l'expert s'est fondé sur son dossier, sur ses plaintes et sur une électroneuromyographie effectuée le 11 juin 2006. Il a également exposé ses constatations objectives, a posé des diagnostics clairs et motivé ses conclusions, lesquelles sont cohérentes. Par conséquent, il doit être considéré que ce rapport présente valeur probante et que ses conclusions doivent être suivies.

c) Sur le plan orthopédique, il ressort tout d'abord de l'examen des médecins du CEMed de décembre 2007 que les diagnostics étaient notamment ceux de fracture du bassin et de contusions multiples. La consolidation des fractures du bassin ne semblait pas entièrement obtenue, cependant, la boiterie et les douleurs de la recourante étaient, d'après le rhumatologue, exagérées et inexplicables par les seules séquelles organiques. Sa capacité de travail était, après les médecins, nulle dans une activité debout et de 50% dans une activité assise avec de petits déplacements et sans port de charges. 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 (de trois semaines au moins), lequel était nécessaire et allait permettre d'améliorer la marche et d'évaluer la boiterie. Dans un rapport subséquent du mois de mars 2008, le Dr G \_\_\_\_\_ s'est également prononcé sur la problématique des fractures du bassin de la recourante et a noté une amélioration manifeste clinique et radiologique depuis son rapport du mois d'août 2007, les fractures étant toutes les trois consolidées. Les douleurs au niveau de la

---

sacro-iliaque droite étaient dues, d'après lui, à des lésions dégénératives au niveau des deux articulations sacro-iliaques et à des signes de surcharge, lesquels ressortaient de l'image radiologique. Ce médecin ne s'est pas déterminé concernant la capacité de travail de la recourante et a principalement conclu que les lésions présentes ne découlaient plus de l'accident du 1<sup>er</sup> octobre 2007, de sorte que les frais de traitement n'étaient plus en relation avec l'accident en cause.

Toutefois, le spécialiste en chirurgie orthopédique du CEMed, lequel a vu la recourante deux mois avant lui, a considéré qu'elle pouvait exercer une activité à 50 % dans une activité administrative, mais qu'elle devait encore effectuer un séjour de rééducation d'au moins trois semaines pour que son état puisse être considéré comme stabilisé. Les conclusions de ce rapport, présentant pleine valeur probante, ne peuvent pas être ignorées comme l'ont fait les médecins du SMR. Il y a au contraire lieu de les suivre, attendu qu'il paraît vraisemblable que la capacité de travail de la recourante ne pouvait pas être de plus de 50 % dès 2008 d'un point de vue orthopédique, eu égard à toutes les limitations fonctionnelles relevées par les médecins du SMR et aux atteintes retenues par les médecins du CEMed et par le Dr G\_\_\_\_\_.

d) Quoi qu'il en soit, le Dr A\_\_\_\_\_ a expliqué que les troubles neurologiques de la recourante ne lui permettaient que de travailler à 50 % dans une activité adaptée. Par conséquent, il doit être conclu, au degré de vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que la recourante présente une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée à ses atteintes orthopédiques et neurologiques dès l'examen de février 2008 du Dr G\_\_\_\_\_, attestant d'une amélioration nette de ses atteintes orthopédiques.

Partant, une amélioration de l'état de santé de la recourante est intervenue dès février 2008, de sorte que les conditions de la révision sont depuis lors remplies.

e) La recourante a enfin fait valoir que son état de santé s'était péjoré depuis son incarcération en Turquie. Cette aggravation étant postérieure à la décision dont est recours, elle ne peut cependant être prise en considération. Il est toutefois loisible à la recourante de déposer le cas échéant une demande de révision de rente, dans laquelle elle devra rendre plausible l'aggravation survenue depuis la décision présentement contestée.

10. Il convient encore d'examiner le degré d'invalidité de la recourante.

a) L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. art. 28a al. 1 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, soit en l'occurrence en 2006, à savoir une année après le début de l'incapacité de travail significative (qui a débuté en août 2005: art. 29 al. 1 let. b aLAI), respectivement en 2008, soit l'année durant laquelle la capacité de travail de la recourante s'est améliorée. Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4, 128 V 174 consid. 4.1 et 4.2).

S'agissant des indépendants, la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence (ci-après CIIAI) prévoit que l'on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de la personne assurée si celle-ci n'était pas devenue invalide (chiffre 3029 et ss; RCC 1963 p. 427). On prendra en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de la personne assurée, la nature de son activité, la situation économique et le développement de l'entreprise. À noter que l'on doit faire abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre à la personne handicapée (intérêts du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches, etc.; chiffre 3031, RCC 1962 p. 480).

On peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques

---

résultant de l'atteinte à la santé (arrêt 9C\_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (9C\_236/2009 du 7 octobre 2009, arrêt I 840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

c) Dans la méthode de comparaison des revenus, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

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

d) En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1<sup>er</sup>).

11. Il n'est pas contesté que du mois d'août 2005 au mois de février 2008, la recourante présentait une capacité de travail nulle dans toute activité lucrative, de sorte que son degré d'invalidité est de 100% pendant ce laps de temps.

En ce qui concerne la période postérieure, il a précédemment été établi que la capacité de travail de la recourante était nulle dans sa précédente activité de

gérante-serveuse dans un bar et de 50% dans une activité adaptée à ses atteintes orthopédiques et neurologiques, lesquelles concernent principalement le port de charges, la position debout, la position assise prolongée, les efforts avec le membre supérieur droit et le maintien d'une position immobile de la tête. La recourante, peut par ailleurs être tenue d'arrêter l'activité de gérante-serveuse et de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Son degré d'invalidité pourra ainsi être déterminé selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

Compte tenu du fait que la société, dont la recourante est gérante et au sein de laquelle elle a précédemment exercé l'activité de serveuse, existe toujours et que cette société a enregistré un bénéfice de 4'195 fr. en 2002 et des pertes en 2003 et 2004, il se justifie de se fonder sur l'extrait du compte individuel de la recourante pour déterminer son revenu sans invalidité. Il en ressort qu'elle a perçu un salaire annuel moyen de 40'800 fr. durant les années 2002 à 2004, soit les trois dernières années où elle a encore exercé la profession de serveuse. Adapté à l'évolution des salaires nominaux, ce revenu sans invalidité est de 43'203 fr. 05 en 2008. En ce qui concerne son revenu d'invalidé, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS 2008). Eu égard à l'activité de substitution dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2008, TA1, p. 11, niveau de qualification 4), soit 49'392 fr. part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Ce salaire doit encore être adapté à la capacité de travail de 50% et à l'horaire de travail en 2008. Enfin, au vu des limitations fonctionnelles importantes de la recourante, il peut être tenu compte d'un abattement de 15%, de sorte qu'on obtient un revenu d'invalidé de 21'831 fr. Le degré d'invalidité est ainsi de 49,47%, taux qui ouvre le droit à un quart de rente.

c) En conséquence, la recourante a droit à une rente entière d'août 2006 à avril 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état en février 2008, puis à un quart de rente.

12. Enfin, en vertu de l'art. 21 al. 5 LPGA, si l'assuré subit une mesure ou une peine privative de liberté, le paiement des prestations pour perte de gain peut être partiellement ou totale suspendu à l'exception des prestations destinées à l'entretien des proches visées à l'al. 3.

La recourante étant incarcérée, le droit à la rente est suspendu sauf celui aux rentes complémentaires. Il appartiendra ainsi à l'intimé de déterminer le début de l'incarcération, afin d'établir jusqu'à quand les rentes rétroactives doivent être versées.

13. La recourante ne pouvant plus mettre en valeur toute sa capacité de travail résiduelle dans la profession exercée précédemment, elle pourrait éventuellement prétendre à une mesure d'orientation professionnelle. Toutefois, celle-ci ne fait pas l'objet du litige et pourrait de toute manière seulement être mise en œuvre après la libération de la recourante. Il lui appartiendra donc de solliciter le moment venu des mesures d'ordre professionnel, si tel est son désir.
14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.
15. Dès lors que la recourante obtient partiellement gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
16. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation des prestations de l'assurance-invalidité, aux termes de l'art. 69 al. 1bis LAI. Partant, l'intimé sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 24 février 2009, en ce qu'elle a refusé à la recourante un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2008, et la confirme pour le surplus.
4. Octroie à la recourante un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2008, sous réserve de la suspension du droit à celle-ci pendant son incarcération, sauf en ce qui concerne les rentes complémentaires pour enfant.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul de la rente et pour déterminer le début de l'incarcération.
- 5bis. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. **Rectification d'une erreur matérielle le 11.06.2010/MC/WMH**
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé
7. 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 des assurances sociales par le greffe le