

GE_GERICHTE ATAS/582/2010 vom 26. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_582_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/582/2010 du 26 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/582/2010 del 26 maggio 2010

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Le 1er janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème 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.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière de l'assurée dès le 30 avril 2008.

E. 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

A/924/2009 - 14/25 - 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).

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er 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. 1er LPGA) Les atteintes à la

santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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).

E. 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

A/924/2009 - 15/25 - 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

A/924/2009 - 16/25 - 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).

E. 8

En l'espèce, l'intimé s'est principalement basé sur le rapport de l'examen rhumatologique 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 lombopyralgies 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 lombopyralgies 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 1er 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

A/924/2009 - 17/25 - 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.

E. 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.

A/924/2009 - 18/25 - Ainsi, les troubles psychiatriques de la recourante, lesquels avaient une influence sur sa capacité de travail dès l'accident du 1er 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

A/924/2009 - 19/25 - 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 1er 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) Quoiqu'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.

E. 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 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI depuis le 1er janvier 2008).

A/924/2009 - 20/25 - 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 1er 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

A/924/2009 - 21/25 - 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'invalide 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. 1er).

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

A/924/2009 - 22/25 - 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 13ème 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.

E. 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.

A/924/2009 - 23/25 -

E. 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.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

E. 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.

E. 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.

A/924/2009 - 24/25 -

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