

GE_GERICHTE ATAS/1037/2017 vom 20. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1037_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1037/2017 du 20 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1037/2017 del 20 novembre 2017

Erwägungen

E. 29

Par décision sur opposition du 22 juin 2016 sur requête en restitution de l'effet suspensif, l'intimé a rejeté ladite requête.

E. 30

A la suite du recours formé le 8 juillet 2016 par l'assurée (A/2364/2016) contre ladite décision, qui concluait à l'annulation de celle-ci et à la restitution de l'effet suspensif, la chambre de céans a rejeté le recours par arrêt du 10 août 2016 (ATAS/616/2016). Elle a considéré que les prévisions quant à l'issue du litige n'étaient pas suffisamment certaines pour admettre la restitution de l'effet suspensif, ce d'autant plus que la situation financière de l'assurée faisait craindre qu'une éventuelle procédure de restitution des prestations versées à tort ne se révélât infructueuse.

E. 31

Par décision sur opposition du 27 janvier 2017, l'assureur a rejeté l'opposition et a accordé l'assistance juridique. Il a considéré que les conditions d'une révision de la rente d'invalidité étaient réalisées dès lors que les diagnostics et les constatations médicales relevés dans l'expertise du 8 septembre 2005 étaient beaucoup plus favorables que ceux prévalant dans les premières expertises au vu des conclusions et explications des experts de la PMU. Afin de tenir compte que l'état psychique de l'assurée n'était de loin pas strictement accidentel au vu des constatations de la Dresse K____, mais bien plus une composante de la personnalité de l'assurée, et que les constatations aussi bien neurologiques que neuropsychologiques étaient en

A/662/2017 - 12/27 - contradiction avec le ressenti subjectif de l'assurée, il y avait lieu de retenir les explications données par les experts de la PMU. Etant donné que l'assurée avait quitté son emploi à fin 2009, à l'issue d'une année sabbatique, sa renonciation à toute activité professionnelle était liée à sa situation personnelle (enfant, année sabbatique et divorce), de sorte qu'elle était en mesure de mettre à profit sa capacité de travail dans un poste correspondant à celui qu'elle occupait auparavant avec toutefois un rendement de 80 %. Aussi, le taux d'invalidité devait être déterminé selon la méthode de la comparaison en pour-cent.

E. 32

Par acte du 24 février 2017, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité de 40 % au-delà du 1er juin 2016. Elle a repris les griefs formulés dans son opposition. Elle a allégué que pour mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, elle n'avait trouvé qu'un emploi précaire à un taux de 12 à 15 % qu'elle avait rapidement dû

abandonner en raison d'une exacerbation des céphalées. Elle a observé que les experts de la PMU se ralliaient à l'appréciation faite par le Dr D_____ en 2008 qui constatait, à l'époque, l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de modifier son appréciation précédente de septembre 2005. Par conséquent, il ressortait des constatations des experts que son état de santé était objectivement resté inchangé entre septembre 2005, mars 2008 et septembre 2015. Les appréciations des médecins de la PMU et du Dr D_____ de 2005, puis de 2008 divergeaient uniquement sur le plan de l'exigibilité. De plus, les médecins de la PMU avaient constaté une aggravation des céphalées tant en terme d'intensité que de fréquence depuis septembre 2007 surtout. Par ailleurs, les conditions d'une hypothétique reconsidération, dont l'intimé ne se prévalait pas, n'étaient pas davantage réalisées. En tout état de cause, au vu de l'avis médical sur lequel se fondait l'intimé, qui retenait une diminution de rendement de 20 à 30 %, celui-ci ne pouvait réduire la rente en-dessous d'un taux de 30 % sans éclaircir ce point. A titre de preuve, la recourante a mentionné l'audition du Dr I_____ et de la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

E. 33

Dans sa réponse du 15 mars 2017, l'intimé a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Il a observé que dans son rapport du 1er octobre 2007, le Dr I_____ mentionnait un état dépressif réactionnel à l'accident du 24 novembre 2003 tout en précisant qu'elle n'avait jamais présenté d'état dépressif avant son accident. Dans la mesure où il n'avait pas connaissance des antécédents psychiatriques de la recourante, il y avait lieu de relativiser ses appréciations. Sa décision de révision faisait suite à l'expertise de la PMU et à la découverte que la recourante s'était alignée à deux reprises dans des courses à pied populaires en courant un 10 kilomètres à une vitesse de 8,5 km/h. Il ne voyait pas comment la recourante souhaitait prouver la péjoration de son état depuis 2007 en faisant entendre la Dresse Q_____, alors que celle-ci n'avait établi aucun rapport médical ni dans le dossier LAA, ni dans le dossier AI. Les conditions d'une révision de rente étaient réalisées puisque les experts de la PMU mentionnaient une évolution

A/662/2017 - 13/27 - progressivement favorable depuis l'accident de novembre 2003 et que la recourante ne présentait plus de dysthymie, soit un état psychique peu stable. Il n'y avait pas lieu d'examiner si les conditions d'une reconsidération étaient réalisées dès lors que l'intimé n'entendait pas demander un remboursement de prestations.

E. 34

Dans sa réplique du 6 juin 2017, la recourante a observé que l'intimé ne prenait pas position sur ses différents griefs. Son incapacité de travail et la rente qui en découlait n'étaient pas en lien avec son état psychique, mais avec les atteintes neurologiques consécutives à l'accident, à savoir le syndrome post-commotionnel, soit en particulier les céphalées et les cervicobrachialgies. Par conséquent, une hypothétique amélioration anamnétique de son état psychique, au demeurant contestée, n'aurait aucune incidence sur la question de l'exigibilité. Toutefois, les constatations des experts de la PMU faisaient état d'une aggravation des céphalées tant en fréquence qu'en intensité depuis 2004, soit des atteintes déterminantes quant à l'exigibilité. De plus, ceux-ci retenaient que son état de santé était demeuré inchangé depuis la reconnaissance après expertises d'une incapacité de travail de 40 %. Dans son rapport d'expertise du 6 juin 2017 qu'elle produisait dans la procédure, le docteur R_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, confirmait que les conclusions de la PMU procédaient d'une approche différente de celle du CEMed en son temps, sur la base

d'une situation qui restait essentiellement inchangée. Dans la mesure où l'expert évaluait son incapacité de travail à 50 % avec un rendement de 80 %, il n'y avait aucune amélioration de sa capacité de travail permettant de réviser sa rente d'invalidité. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.

Dans son rapport du 6 juin 2017 consécutif à son examen du 5 avril 2017, le Dr R_____ a indiqué que la recourante se plaignait essentiellement de migraines intenses survenant de façon intense au moins une fois par semaine et qui s'accompagnaient ou étaient déclenchées par des douleurs cervicales survenant surtout lors de la bascule postérieure de la nuque. Les vertiges persistaient, moins importants qu'autrefois, mais avec des épisodes paroxystiques intenses. La recourante avait de la peine à se concentrer et avait l'impression d'avoir une moins bonne mémoire qu'auparavant. Depuis quelques temps, elle se plaignait également de douleurs lombaires importantes. Divers traitements de fond avaient été tentés pour la migraine dont des triptans qui avaient été mal tolérés. Seuls le repos et l'isolation dans un environnement calme et obscur lui permettaient de supporter les douleurs (sonophobie et photophobie). A l'examen clinique, le Dr R_____ n'a pas constaté d'anomalie neurologique, mais un discret syndrome cervical avec des douleurs en particulier lors de la bascule postérieure de la tête. Il a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel, une anosmie post-traumatique avec altération du goût, des acouphènes à gauches, des vertiges paroxystiques, un syndrome post entorse cervicale, une dysthymie et une altération de l'image de soi-même. Depuis l'accident jusqu'à ce jour, l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de façon importante. Il s'état dégradé sur certains plans (céphalées, dysthymie, image

A/662/2017 - 14/27 - de soi) et avec l'apparition de nouvelles douleurs telles que les lombalgies qui pouvaient être considérées comme un syndrome de compensation aux douleurs cervicales. Certains autres symptômes, tout en étant inchangés, avaient un peu moins d'impact sur la santé globale en raison de phénomènes de tolérance et d'adaptation (anosmie, agueusie, acouphène entre autres). La réponse était la même par rapport aux expertises du CEMed de 2006 et 2008. Les plaintes et les symptômes étaient toujours les mêmes, le Dr R_____ ne partageait pas les conclusions du rapport d'expertise de la PMU qui se basaient essentiellement sur l'affirmation que les migraines pouvaient être améliorées par la mise en place d'un traitement de fond. Or, un tel traitement avait été tenté avec les triptans et avait dû être interrompu en raison de l'intolérance de la recourante à ce traitement. Au contraire des experts de la CEMed qui intégraient de façon nuancée le fait que les examens objectifs ne rendaient pas toujours compte de la répercussion des symptômes sur la qualité de la vie et la capacité de travail d'un patient, les experts de la PMU se basaient davantage sur les résultats de tests et documents médicaux que sur l'observation du fonctionnement du patient en situation. Par conséquent, il s'agissait d'une approche partielle qui n'intégrait pas l'ensemble des informations à disposition. Selon l'avis du Dr R_____, l'état de santé de la recourante était essentiellement inchangé. Il était stabilisé avec une incapacité de travail de 50 % et un rendement de l'ordre de 80 %.

E. 35

Dans son écriture du 4 juillet 2017, la recourante a pris une conclusion additionnelle en remboursement par l'intimé des frais de l'expertise du Dr R_____, à savoir CHF 1'000.-.

E. 36

Dans sa duplique du 11 juillet 2017, l'intimé a observé que selon la jurisprudence, le fait qu'une expertise présentait quelques contradictions ne permettait pas d'en affaiblir la validité. L'examen clinique du Dr R_____ ne mettait pas en évidence d'anomalie neurologique. La liste des diagnostics posés par ce dernier qui énonçait séparément les composantes du syndrome post-commotionnel tendait d'une façon démonstrative à amplifier les plaintes de la recourante. Les lombalgies qui étaient apparues plus de quatorze ans après l'accident n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, ce d'autant plus qu'aucune distorsion cervicale au sens étroit n'avait été diagnostiquée. Le Dr R_____ ne fondait pas son opinion sur des données objectivables mais sur les symptômes de la recourante, soit un raisonnement post hoc ergo propter hoc qui n'était pas de nature à fonder un lien de causalité entre les plaintes de la recourante et l'accident de 2003. Depuis 2012, la recourante ne lui avait pas demandé la prise en charge de frais médicaux et n'avait suivi un traitement à base de zolmitriptan qu'une seule fois à fin 2009. De plus, les rapports médicaux ne mentionnaient pas d'intolérance à ce médicament. Par conséquent, soit les migraines n'étaient plus aussi intenses que l'affirmait la recourante, soit un traitement de fond n'avait jamais eu lieu. L'appréciation de l'incapacité de travail par le Dr R_____ se fondait essentiellement sur des données subjectives dès lors qu'il ne décrivait pas de limitations de fonction et n'expliquait pourquoi il retenait

A/662/2017 - 15/27 - une incapacité de travail de 50 % avec un rendement de 80 %.
L'intimé a persisté dans ses conclusions précédentes.

E. 37

Dans son écriture du 13 juillet 2017, l'intimé a considéré que l'expertise du Dr R_____ n'était pas nécessaire à la résolution du litige au vu des critiques qu'elle avait formulées à son encontre dans sa duplique. Par conséquent, il s'opposait à la conclusion additionnelle.

E. 38

Le 4 septembre 2017, la chambre de céans a requis de l'OAI l'apport à la procédure des pièces de son dossier postérieures au 8 décembre 2015.

E. 39

Le 12 septembre 2017, l'OAI a produit lesdites pièces. - Par prononcé du 11 mai 2017 annulant celui du 17 août 2016, l'OAI a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante avec une incapacité de travail de 60 % de septembre 2007 à juin 2009 qui ouvrait le droit à un trois quarts de rente dès le 1er décembre 2007. Toutefois, au vu de la capacité de travail de 80 % depuis juillet 2009 tenant compte d'une baisse de rendement de 20 %, les conditions du droit à la rente n'étaient plus réunies et celle-ci était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. - Selon le rapport SMR du 4 janvier 2017, la doctoresse S_____, généraliste et médecin du SMR, considérait que les experts du CEMed avaient anticipé une amélioration à moyen et long terme de la capacité de travail et de rendement à 70- 80 % liée aux séquelles de la contusion frontale. Elle a observé que l'examen neuropsychologique s'était nettement amélioré entre les deux expertises. L'expertise de la PMU confirmait l'amélioration anticipée par les experts du CEMed. - Dans le rapport SMR du 5 juillet 2017, le docteur T_____, médecin du SMR, a relevé que le Dr R_____ est neurochirurgien alors que les atteintes à la santé de la recourante n'étaient pas neurochirurgicales. L'expert ne fournissait aucune description de l'état de santé de la recourante lui permettant de conclure que celui-ci ne s'était pas modifié.

E. 40

Dans son écriture du 23 octobre 2017, l'intimé a repris les mêmes arguments que dans sa duplique. Il a observé que même si l'OAI n'avait pas encore rendu de décision formelle, il n'en avait pas moins considéré que l'état de santé de la recourante s'était amélioré depuis 2009 et que sa capacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle, qui était adaptée compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %. Il a maintenu ses conclusions précédentes.

E. 41

Dans son écriture du 25 octobre 2017, la recourante a considéré que le dossier AI ne contenait rien de pertinent pour l'issue du litige. Elle a relevé quelques incohérences et contradictions dans les avis successifs du SMR, qui n'avaient au demeurant aucune valeur probante, dès lors que les médecins SMR n'étaient pas des spécialistes et n'avaient procédé à aucun examen clinique. Ainsi, la Dresse S_____ voulait faire dire aux experts du CEMed autre chose que ce qu'ils

A/662/2017 - 16/27 - avaient dit, à savoir évoqué avec une grande prudence l'espoir que l'accoutumance aux handicaps et une hypothétique amélioration de son état neurologique pussent autoriser une amélioration ultérieure de sa capacité de travail. Le rapport de la PMU n'avait absolument confirmé aucune amélioration de son état neuropsychologique puisque celui-ci était demeuré inchangé, voire s'était même plutôt dégradé. Elle a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes.

E. 42

Dans son écriture non sollicitée du 1er novembre 2017, l'intimé a maintenu entièrement ses conclusions, notamment l'absence de nécessité de procéder à une nouvelle expertise au motif que le rapport de la PMU du 8 septembre 2015 était suffisamment clair et différencié.

E. 43

Le 3 novembre 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur quoi, a gardé la cause à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de

recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

A/662/2017 - 17/27 - 5. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents à laquelle la recourante peut prétendre, plus particulièrement sur la question de savoir si l'intimé est en droit de réduire la rente d'invalidité de la recourante depuis le 1er juin 2016. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 128 V 29 consid. 1; voir également SVR 2010 IV n° 11 p. 35, arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 3.1). 6. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés auparavant, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1).

A/662/2017 - 18/27 - Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un

changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). La jurisprudence a précisé qu'il est admissible qu'elle prenne effet à partir du 1er jour du mois suivant la date de notification de la décision de l'assureur-accidents lorsqu'il est établi que les conditions matérielles de la révision sont réunies à cette même date (cf. ATF 140 V 70; arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.1.1). 7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2.). La tâche du médecin

A/662/2017 - 19/27 - dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 8. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b) Sans remettre en cause le

principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cependant, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Selon la jurisprudence, une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.1). Toutefois, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal,

A/662/2017 - 20/27 - l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2).

10. En l'espèce, la rente initiale d'invalidité a été accordée par décision du 8 mai 2006 qui a retenu une incapacité de travail de 40 % dans l'activité de secrétaire auprès de l'OFPC et a accordé à la recourante une rente transitoire d'invalidité de 40 % au sens de l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), à partir du 1er décembre 2005. Puis, à la suite de la décision de l'OAI du 24 avril

2007 reconnaissant une invalidité de 40 %, l'intimé a transformé la rente transitoire d'invalidité de 40 % en une rente définitive d'invalidité de 40 % par décision du 11 juin 2007. Les parties s'accordent sur le fait qu'il convient de comparer les circonstances existant lors des décisions du 11 juin 2007 et du 27 janvier 2017. On peut se demander si le point de départ de la comparaison n'est pas plutôt la décision du 8 mai 2006 dès lors que la décision du 11 juin 2007 reprend strictement le même taux d'invalidité et les mêmes bases de calcul que ceux de la décision du 8 mai 2006, ce d'autant plus que la recourante n'a pas bénéficié de mesures de réadaptation de l'AI. Or, la rente transitoire doit permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-

A/662/2017 - 21/27 - invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 246 consid. 2b). Toutefois, cette question peut rester ouverte dès lors que les deux décisions de l'intimé se basent sur l'état de santé de la recourante au moment de l'expertise du CEMed des 25 octobre et 8 novembre 2005. Quant à la décision de révision de rente, elle repose d'un point de vue médical essentiellement sur le rapport d'expertise de la PMU. Par conséquent, il convient à titre préalable d'examiner si cette expertise a une valeur probante. 11. Dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2015, les experts de la PMU diagnostiquent avec influence sur la capacité de travail, un syndrome post- commotionnel avec commotion et contusion hémorragique frontale droite, fracture du rocher et de l'écaïlle temporale gauche, anosmie, cupulolithiase gauche et atteinte de l'ATM gauche, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel au décours -, ainsi que des céphalées d'origine multifactorielle dans le cadre du syndrome post-commotionnel et à caractère migraineux. A l'examen clinique, ils constatent la présence d'irritabilité, d'intolérance au stress et de sentiment d'impuissance compatibles avec un syndrome post-commotionnel. Dans leur colloque de synthèse, ils retiennent un état dépressif au décours et l'absence de toute anomalie objective tant sur le plan neurologique que neuropsychologique. S'agissant de l'incapacité de travail, ils l'évaluent au maximum à 20-30 % depuis le milieu de l'année 2009 où l'état psychique était stabilisé et nettement amélioré anamnestiquement. Ils motivent le 20 % de baisse de la capacité de travail par une diminution de rendement liée à un syndrome post-commotionnel avec fatigabilité, nécessité d'avoir des horaires souples et besoin de prendre des poses régulières. Ils expliquent que la capacité de travail peut être améliorée par un suivi neurologique spécialisé concernant essentiellement les migraines avec la possibilité d'un traitement de fond dont la durée nécessaire probable est de plusieurs mois, voire années. A son échéance, ils considèrent qu'on peut espérer une capacité de travail d'au moins 60 %. Ainsi que le relève la recourante, les conclusions des experts sont contradictoires. En effet, soit l'incapacité de travail de la recourante est de 20 à 30 % à partir de 2009 en raison de la diminution de rendement entraînée par le syndrome post- commotionnel, soit elle est de plus de 40 % et la mise en œuvre du traitement permettra à son échéance à la recourante d'avoir une capacité de travail d'au moins 60 %. De plus, si un tel traitement est exigible de la recourante, il ne peut pas avoir l'effet escompté avant plusieurs mois, voire plusieurs années, ce dont les experts devaient tenir compte dans leurs conclusions en évaluant l'incapacité de travail de façon différenciée, avant et après le traitement. Au demeurant, ils ne pouvaient pas prendre en compte ledit traitement dans leur appréciation de la capacité de travail de la recourante tant que celle-ci n'avait pas été mise en demeure de suivre ledit traitement selon la procédure prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA.

A/662/2017 - 22/27 - Par conséquent, leurs conclusions ne permettent pas de comprendre quelle est la capacité de travail raisonnablement exigible de la recourante à la date de la décision de révision de la rente d'invalidité, respectivement si la capacité de travail de la recourante s'est améliorée depuis la décision initiale de rente. Aussi, les conclusions de l'expertise de la PMU relatives à l'incapacité de travail de la recourante n'ont pas de valeur probante. 12. La recourante conteste également que son état de santé se serait sensiblement amélioré depuis la décision initiale de rente. Dès lors, il convient d'examiner s'il y a eu une modification sensible de l'état de santé de la recourante entre la décision initiale de rente et la décision de révision de la rente. a) Selon le rapport d'expertise de la PMU à la base de la décision dont est recours, la recourante se plaint d'intenses céphalées, de cervicalgies, de douleurs articulaires des mains, de quelques vertiges occasionnels, ainsi que de troubles ménisques et de la concentration. L'expertise de la PMU, bien qu'elle soit pluridisciplinaire, repose essentiellement sur les consultations de neuropsychologie et de neurologie. Lors de la consultation de neuropsychologie du 16 juillet 2015, l'examen clinique ne met en évidence ni fatigabilité, ni ralentissement, ni difficulté attentionnelle. La neuropsychologue considère que les performances de la recourante n'entraînent pas de limitation à l'exercice d'une activité professionnelle telle qu'exercée précédemment. Toutefois, les plaintes faisant notamment état de la présence d'une irritabilité, d'une intolérance au stress et d'un sentiment d'impatience, qui s'inscrivent probablement dans un contexte post-traumatique, sont susceptibles d'avoir des répercussions sur une activité professionnelle dont les horaires ne présenteraient pas une certaine souplesse. Lors de la consultation neurologique du 17 juillet 2015, la recourante indique que depuis l'âge de 20 ans probablement, elle présente des céphalées épisodiques survenant en moyenne une fois par mois. Depuis l'accident du 24 novembre 2003, les céphalées sont devenues presque quotidiennes, puis depuis 2009, les migraines ne sont plus quotidiennes mais se manifestent par périodes de plus d'une semaine, voire de dix jours. Il s'agit d'une céphalée sévère, souvent hémicrânienne, voire holocrânienne, non pulsatile, mais augmentée aux mouvements, associée à une nausée, une photophobie, une phonophobie et une incapacité à poursuivre les activités de la vie quotidienne. A l'examen clinique, le status neurologique est normal à l'exception d'une anosmie bilatérale, sans signe de ralentissement. Le tableau neurologique est celui d'une céphalée épisodique de longue date, devenue chronique à la suite d'un TCC sévère. On retrouve des éléments subjectifs à caractère migraineux sans anomalie objective en faveur d'une autre céphalée symptomatique. Dans cette situation, une incapacité de travail de 40 % semble généreuse. Selon le Dr M_____, force est de constater que l'état de santé de la

A/662/2017 - 23/27 - recourante ne s'est pas modifié et en tout cas pas aggravé sur le plan neurologique depuis 2005 et 2008. b) Le rapport d'expertise du CEMed du 17 janvier 2006 pose les diagnostics de status après polytraumatisme ayant entraîné un TCC avec commotion et contusion hémorragique frontale droite, une fracture du rocher et de l'écaille temporale gauches, une anosmie, une cupulolithiase gauche et une atteinte de l'ATM gauche, ainsi qu'un syndrome post-commotionnel et post-contusionnel modéré persistant, un probable vertige paroxystique positionnel bénin post-traumatique persistant et une dysthymie. A l'époque, les plaintes de la recourante consistent en absence d'odorat avec altération secondaire du goût, troubles visuels de l'œil droit subjectivement non gênants, maux de tête à raison d'un à plusieurs épisodes hebdomadaires, sensations vertigineuses intermittentes indépendantes des mouvements durant quelques secondes s'accompagnant d'une ataxie, acouphènes de l'oreille gauche lors de la parole ou de la déglutition, douleurs

auriculaires et de l'ATM gauches, douleurs cervicales et scapulo-brachiales gauches, fatigue et fatigabilité. A l'examen clinique, les experts retiennent la persistance d'un syndrome post- commotionnel modéré, quelques cervico-scapulalgies post-traumatiques et quelques vertiges positionnels. Au vu de la gravité des atteintes initiales, notamment la présence d'une contusion hémorragique frontale droite, ils évaluent la capacité de travail à 40 %, dans une activité de secrétaire à plein temps adaptée à l'état de santé, pour une période de cinq ans. Ils expliquent qu'on peut espérer que l'accoutumance aux handicaps et l'amélioration spontanée de l'état neurologique ultérieure de la capacité de travail permettront une amélioration ultérieure de la capacité de travail de 20 à 30 %. Toutefois, en raison de la fatigue et de la fatigabilité, ainsi que d'une perte de rendement liée notamment aux séquelles de la contusion frontale, il était peu probable que la capacité de travail atteignit/dépassât 70 à 80 % à moyen et long terme. Lors de l'examen neuropsychologique, la recourante s'est plainte de migraines au niveau de l'hémicrâne gauche apparues quelques temps après l'accident, qui se manifestent à une fréquence de huit à dix jours par mois et s'accompagnent de vertiges, sensations nauséuses, photophobie et phonophobie. Elles entraînent des répercussions significatives sur le fonctionnement quotidien (conduite automobile, difficultés de concentration, retrait social, irritabilité). La recourante s'est également plainte d'une anosmie totale avec perte des émotions associées à la perception des odeurs entraînant une diminution de plaisir en général dans ses activités personnelles, de fatigue, voire d'épuisement certains après-midis, d'un manque de concentration, d'anxiété et de difficultés mnésiques modérées. La neuropsychologue constate de discrets signes de fatigue en fin d'examen sans conséquence sur le plan psychométrique. Sur le plan attentionnel, elle ne relève pas

A/662/2017 - 24/27 - de fluctuation tout au long de son examen. L'examen des fonctions exécutives, attentionnelles et mnésique montre des rendements dans la norme. c) En comparant les deux rapports d'expertise, force est de constater qu'ils retiennent essentiellement les mêmes diagnostics, à l'exception de la dysthymie qui n'est plus mentionnée dans le rapport de la PMU précisant que l'état psychique est plutôt bon en l'absence des crises migraineuses. Ledit rapport observe toutefois qu'il y a eu un épisode dépressif dans le post-partum en 2004, probablement sous- diagnostiqué et non traité. Dans leur rapport, les experts du CEMed relèvent un état subdépressif qui correspond à une dysthymie et est marqué par des fluctuations de l'humeur, le manque d'envie et le peu de plaisirs. Il est considéré comme secondaire et isolément ne justifie pas d'incapacité de travail. Par conséquent, la disparition de la dysthymie au moment de l'expertise de la PMU n'a aucune incidence sur l'incapacité de travail évaluée en 2005 par les experts du CEMed, ce d'autant plus que cette dysthymie n'a pas été pris en compte dans l'incapacité travail retenue par l'intimé. Sur le plan neurologique, le Dr M_____ constate que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis les expertises du CEMed de 2005 et 2008. Quant aux examens neuropsychologiques, ni celui de la PMU, ni celui du CEMed ne mettent en évidence de fatigabilité, de difficultés attentionnelles, d'altération des rendements. En revanche, ils admettent tous deux l'existence des changements comportementaux relatés par la recourante, à savoir une irritabilité augmentée. La neuropsychologue du CEMed retient, en plus, une intolérance au stress et un sentiment d'impatience s'inscrivant probablement dans un contexte post- traumatique, alors que celle de la PMU tient également compte de la fatigabilité augmentée. Enfin, les plaintes de la recourante relatées dans les deux expertises sont sensiblement identiques. Par rapport à l'expertise de la PMU, la recourante ne se plaint plus de l'absence d'odorat avec altération du goût, d'acouphènes à l'oreille gauche, de

douleurs auriculaires et de l'ATM gauches. En revanche, elle se plaint de douleurs articulaires des mains (sans rapport avec l'accident) et d'intenses céphalées en « accentuation » surtout depuis septembre 2007. De la comparaison des deux rapports d'expertise, il ressort que l'état de santé n'a que peu évolué, de sorte qu'il n'existe pas une modification sensible de l'état de santé de la recourante justifiant la révision de sa rente d'invalidité en application de l'art. 17 LPGA. Au demeurant, si le rapport d'expertise conclut réellement à une incapacité de travail de 20 %, ce dont on peut douter au vu des contradictions qu'il contient, on peine à comprendre comment les experts de la PMU justifient leur différence d'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante par rapport à l'expertise du CEMed de 2006. En effet, même si celle-ci réservait une accoutumance aux handicaps et une amélioration spontanée ultérieure de l'état

A/662/2017 - 25/27 - neurologique, force est de constater que les seules accoutumances aux handicaps qui ont eu lieu concernent l'anosmie et l'agueusie, les acouphènes, ainsi que les douleurs auriculaires et de l'ATM gauches, qui n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail d'une employée de commerce. Ces constats sont confirmés par l'expertise privée du Dr R_____. Toutefois, son examen date du 5 avril 2017 et est donc postérieur à la décision litigieuse, de sorte qu'il n'est pas possible de tenir compte de son rapport d'expertise du 6 juin 2017 pour apprécier l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'état de santé de la recourante à la date de la décision du 27 janvier 2017. En revanche, dans la mesure où ledit rapport d'expertise procède à une comparaison de l'état de santé la recourante par rapport à l'expertise du CEMed, il contient également des éléments médicaux qui ont trait à la situation antérieure à la décision litigieuse qui eux peuvent être pris en considération (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2). A cet égard, le Dr R_____ indique que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié de façon importante depuis les rapports d'expertise du CEMed de 2006 et 2008. Il s'est dégradé sur certains plans (céphalées, dysthymie, image de soi) et certains symptômes, tout en étant inchangés, ont un peu moins d'impact sur la santé globale en raison des phénomènes de tolérance et d'adaptation (anosmie, agueusie, acouphènes entre autres), alors que les plaintes et les symptômes sont toujours les mêmes. Par conséquent, l'appréciation de la capacité de travail de la recourante par les experts de la PMU consiste en une nouvelle évaluation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées, soit une situation qui ne permet pas une révision de la rente d'invalidité (cf. ATF 141 V 9; arrêt du Tribunal fédéral 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1). Aussi, l'intimé doit continuer à verser cette dernière à 40 % dès le 1er juin 2016. 13. La recourante invoque comme moyen de preuve dans ses écritures l'audition du médecin traitant et de la Dresse Q_____. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, l'audition du médecin traitant et de la Dresse Q_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire invoquées ont pour but de démontrer que l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail ne se sont pas améliorés

A/662/2017 - 26/27 - depuis la décision initiale de rente. Au vu de l'appréciation que fait la chambre de céans de l'expertise de la PMU servant de base à la décision de révision de rente, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de procéder aux actes d'instruction invoqués par la recourante dès lors qu'ils ne sont pas susceptibles de modifier l'issue du litige. 14. Dans un dernier moyen, la recourante conclut à la prise en charge des frais d'expertise privée du Dr R_____. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62; arrêt du Tribunal fédéral 8C_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7). En l'espèce, l'expertise n'est pas nécessaire à la résolution du litige puisqu'elle évalue la capacité de travail de la recourante à une date postérieure à la décision litigieuse en prenant en compte de nouvelles plaintes relatives à des lombalgies. Par conséquent, la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge des frais d'expertise privée par l'intimé doit être rejetée. 15. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 27 janvier 2017 est annulée. La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/662/2017 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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