

GE_GERICHTE ATAS/1060/2021 vom 18. Oktober 2021

GE Cour de justice, 2021-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1060_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/1060/2021 du 18 octobre 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/1060/2021 del 18 ottobre 2021

Erwägungen

E. 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), 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.

E. 2

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le recours était pendant devant la chambre de céans à cette date, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA). L'accident étant survenu avant le 1er janvier 2017, la modification du 25 septembre 2015 de la LAA entrée en vigueur à cette date n'est pas applicable (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).

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit aux prestations pour accident de la recourante dès le 1er août 2019.

E. 5

La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique dans l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures

d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non professionnelle. Le principe d'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer les assureurs sociaux de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune

A/1003/2020 - 16/25 - manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1).

E. 6

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

E. 7

a. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. b. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement

médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre

A/1003/2020 - 17/25 - d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). c. Conformément à l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA).

E. 8

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2). L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical au sens de l'art. 10 LAA. Selon cette disposition légale, l'assurance ne doit toutefois prendre en charge que les lésions qui sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquat avec le traitement entraîné par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_707/2013 du 19 juin 2014 consid. 5.2.1).

E. 9

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_204/2019 du 12 mai 2020 consid. 6.1). Il faut que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans la période de 72 heures suivant l'accident, mais il n'est en revanche pas nécessaire que les autres troubles caractéristiques du tableau clinique apparaissent dans ce laps de temps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2007 du 17 janvier 2008 consid. 6). Sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation médicale susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les

A/1003/2020 - 18/25 - méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, la seule constatation de troubles neuropsychologiques ne suffit pas pour établir la présence d'une atteinte organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2).

E. 10

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 3.2). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a ainsi pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques, tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1 et les références). Lorsque des troubles neuropsychologiques apparaissent en l'absence de traumatisme cranio-cérébral, la notion de causalité adéquate s'analyse selon la jurisprudence applicable aux troubles psychiques (Irène HOFER in Basler Kommentar zum UVG, 2019, n. 84 ad art. 6 LAA; cf. pour exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_705/2020 du 28 avril 2021).

E. 11

En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de

A/1003/2020 - 19/25 - gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la

durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2 et les références).

E. 12

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). En revanche, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3).

E. 13

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance- accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). En revanche, le juge ne peut reconnaître un rapport de causalité adéquate avant que les questions de fait relatives à la nature des troubles psychiques en cause et à leur causalité naturelle soient élucidées. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de dire qu'il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les

A/1003/2020 - 20/25 - questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante. D'une part, un tel procédé est contraire à la logique du système. En effet, le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Ainsi, on ne peut pas retenir qu'un accident est propre, sous l'angle juridique, à provoquer des troubles psychiques éventuellement incapacitants sans disposer de renseignements médicaux fiables sur l'existence de tels troubles, leurs répercussions sur la capacité de travail et leur lien de causalité avec cet accident. D'autre part, la reconnaissance préalable d'un lien de causalité adéquate est un élément de nature à influencer, consciemment ou non, le médecin psychiatre dans son appréciation du cas, et donc le résultat d'une expertise psychiatrique réalisée après coup s'en trouverait biaisé (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

E. 14

a. Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). b. 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/1003/2020 - 21/25 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d. 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 15

En l'espèce, il convient en préambule de relever qu'au plan orthopédique, l'expertise du Dr L_____ – à laquelle la Dresse K_____ s'était largement ralliée – correspond aux réquisits jurisprudentiels précités, et doit ainsi se voir reconnaître valeur probante. La survenance de douleurs dans un délai inférieur à deux heures signalée par la généraliste de la recourante ne suffit pas à s'écarter des conclusions du Dr L_____, dès lors que la diminution de rendement qu'il a admise permet à la recourante d'aménager des pauses supplémentaires afin d'éviter de devoir maintenir une position de manière prolongée. Le volet orthopédique de l'expertise du CEMEDEX conclut à une capacité de travail de 50 %, légèrement

inférieure aux cinq heures admises par le Dr L_____, les deux experts se rejoignant toutefois sur la diminution de rendement de 10 %. On s'en tiendra dans la présente cause à l'appréciation du Dr L_____, dès lors que ce dernier a établi son avis en fonction des seules suites de l'accident dont répond l'intimée, tandis que le rapport du CEMEDEX rédigé à l'attention de l'OAI évalue la situation de manière globale, en intégrant également à son appréciation les conséquences de l'accident de 2016, que l'intimée n'assume pas. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé par le Dr L_____ ne prête par ailleurs pas flanc à la critique, et la recourante ne le conteste pas. Il doit ainsi également être confirmé.

E. 16

En ce qui concerne les troubles de la sphère neuropsychologique, dont la prise en charge est litigieuse, la chambre de céans relève ce qui suit.

A/1003/2020 - 22/25 - L'intimée se fonde notamment sur le rapport du Dr H_____ pour exclure un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles neuropsychologiques, dès lors que cet expert ne retient aucun diagnostic psychique qui expliquerait de tels troubles. Or, cette expertise ne peut pas se voir reconnaître valeur probante – sans même qu'il soit besoin d'examiner si elle correspond aux nouvelles exigences développées par le Tribunal fédéral pour déterminer le caractère invalidant de troubles psychiques (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.6 et ATF 143 V 409 consid. 4.5). Elle n'est en effet guère motivée, et pour le moins lacunaire. On s'étonne en particulier qu'elle écarte tout signe d'agoraphobie ou de phobie sociale, alors même que la recourante a signalé la peur éprouvée dans la foule. Le Dr I_____, avec lequel l'expert psychiatre était pourtant censé poser ses conclusions à l'issue d'un consilium, a du reste également mentionné de tels éléments. Le Dr H_____ ne discute par ailleurs aucunement les motifs qui lui permettent de réfuter les diagnostics retenus par la Dresse F_____ et par plusieurs autres médecins et spécialistes, et ne décrit pas l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis l'accident. Compte tenu de la persistance des cauchemars rapportés par la recourante, il aurait à tout le moins dû exposer pourquoi il écartait un syndrome de stress post-traumatique. Enfin, il conclut à l'absence d'atteinte à la santé psychique en raison des ressources et de l'intelligence de la recourante. À l'évidence, ces attributs ne sont pas incompatibles avec la survenance d'une telle pathologie, quand bien même ils peuvent en atténuer l'incidence sur les capacités fonctionnelles d'un assuré. Enfin, le Dr H_____ a admis une anxiété exacerbée, de sorte qu'on comprend mal l'exclusion de tout trouble psychique. S'agissant de l'expertise réalisée par les spécialistes du CEMEDEX, elle paraît a priori contenir tous les éléments formels permettant selon la jurisprudence de se voir reconnaître une pleine valeur probante, malgré la réserve en lien avec les conclusions orthopédiques, liée à la couverture d'assurance. La chambre de céans observe néanmoins que ses conclusions quant à la capacité de travail devront être clarifiées, dès lors que la diminution de rendement admise pour motifs neuropsychologiques est tour à tour fixée à 20 % et à 10 %, de même que la limitation induite par les troubles psychiques. Malgré cette palinodie, l'expertise établit de manière convaincante que la capacité de travail de la recourante reste limitée par des troubles neuropsychologiques après le 1er juillet 2019. Cela étant, aucun élément médical au dossier ne se prononce de manière concluante sur le lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident. Le Dr D_____ a uniquement émis certaines hypothèses sur ce point, à l'instar de la Dresse E_____. M. J_____ a quant à lui qualifié ce lien de vraisemblable, tout en évoquant plusieurs causes possibles pour l'origine des troubles, sans indiquer laquelle paraissait prépondérante, de sorte que son rapport n'atteint pas le degré probatoire requis en

assurances sociales. Le Dr M_____, qui a exclu un tel lien en raison du caractère normal de l'IRM et du rapport du Dr H_____, ne peut pas non plus être suivi, eu égard à l'absence de valeur probante de cette première expertise

A/1003/2020 - 23/25 - psychiatrique et du caractère par trop succinct de son avis. On soulignera en outre que ce médecin est généraliste et non neurologue, et prend position sur des questions qui ne relèvent pas de son domaine de compétence. Quant à la Dresse Q_____ et à M. R_____, ils ne se sont pas prononcés sur ce point, dès lors qu'il est sans pertinence pour l'assurance-invalidité. La Dresse F_____ a pour sa part préconisé la mise en œuvre d'une expertise pour résoudre cette question. Ainsi, l'existence de ce lien de causalité naturelle n'est ni démontrée ni infirmée au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, le cas d'espèce ne souffre pas de laisser cette question ouverte, dès lors qu'on ne peut d'emblée nier un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques et neuropsychologiques. Partant, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le degré d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de la recourante. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand elle n'a pas du tout instruit une question, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, l'intimée n'ayant pas investigué la question de la causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques et l'accident. On relèvera de plus que la question d'un tel lien entre l'accident et les troubles psychiques – auxquels pourraient être imputés les troubles neuropsychologiques – n'a pas non plus fait l'objet d'une conclusion formelle. Il y aura également lieu de répondre à cette seconde question si l'instruction à venir établit que les troubles neuropsychologiques sont en lien avec les atteintes psychiques. Il y a ainsi lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise à cet effet, dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Au vu des circonstances, il convient de préciser que cette question pourrait faire l'objet d'un complément d'expertise auprès des experts du CEMEDEX, sous réserve d'un consensus des parties sur leur désignation. Ceux-ci devront alors également être invités à corriger les imprécisions relevées plus haut au sujet de la capacité de travail de la recourante. À l'issue de l'instruction, l'intimée devra rendre une nouvelle décision sur le degré d'invalidité de la recourante et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 17

S'agissant de la prise en charge du traitement postérieurement au 1er août 2019, à laquelle conclut la recourante, on rappellera que l'intimée a admis le remboursement des séances de physiothérapie pendant encore une année après cette date. Or, l'état de la recourante était au plan physique stabilisé au plus tard au 1er août 2020. En effet, le traitement était à cette époque conservateur et ne permettait pas d'escompter une amélioration sensible de son état de santé. La pose

A/1003/2020 - 24/25 - d'une prothèse du genou évoquée par les experts du CEMEDEX ne paraît pour l'heure pas être une option thérapeutique concrètement envisagée, si bien que la possibilité qu'une telle intervention soit pratiquée dans le futur ne suffit pas à nier la stabilisation actuelle de l'état de santé au plan orthopédique. Au plan psychique, aucun rapport médical n'expose en quoi la poursuite de la psychothérapie serait susceptible

d'entraîner des progrès notables de l'état de santé de la recourante, a fortiori si l'on se réfère à la conclusion de l'expert du CEMEDEX, qui ne retient aucune incapacité de travail sur ce plan depuis avril 2018. Du point de vue neuropsychologique, M. J_____ a indiqué que l'état de la recourante n'était guère susceptible d'amélioration en août 2017 déjà, et M. R_____ n'a pas proposé de traitement particulier. Partant, les conditions de la prise en charge de ce traitement – qui prend en principe fin lorsque naît le droit à la rente, comme on l'a vu – ne sont pas remplies. La décision de l'intimée doit ainsi être confirmée en tant qu'elle met un terme à la prise en charge du traitement médical au 31 juillet 2019 et à la physiothérapie au 31 juillet 2020.

E. 18

La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020).

A/1003/2020 - 25/25 - 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.