

GE_GERICHTE ATAS/179/2021 vom 4. März 2021

GE Cour de justice, 2021-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_179_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/179/2021 du 4 mars 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/179/2021 del 4 marzo 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.

A/753/2020 - 16/26 -

E. 2

À 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (art. 83 LPGA).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 2 mars 2020 contre la décision du 29 janvier 2020 est recevable.

E. 4

a. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 29 janvier 2020, par laquelle l'intimée a confirmé sa décision du 10 septembre 2019, statuant sur les droits de la recourante à une rente d'invalidité, à la prise en charge des frais de traitement et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il est rappelé que la décision du 15 mai 2019, mettant formellement fin au versement des indemnités journalières et au paiement des frais de traitement au 30 juin 2019, a été annulée par courrier du 20 juin 2019. Dans ce dernier, l'intimée a considéré que l'état de santé de l'intéressée était stabilisé et que le droit aux dites prestations prendrait fin au 31 juillet 2019. b. Selon la jurisprudence, la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2). c. Partant, il doit être admis qu'en rendant, en date du 29 janvier 2020, une décision formelle de refus de rente, l'intimée a également, par voie de conséquence, refusé formellement le versement de l'indemnité journalière au-delà du 31 juillet 2019, tel que

stipulé dans sa missive du 20 juin 2019. Le litige porte donc sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 31 juillet 2019, cas échéant sur l'évaluation de l'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 5

a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. À teneur de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

A/753/2020 - 17/26 - Selon 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). Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA, 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA précise que 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. Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). b. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des

douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557

A/753/2020 - 18/26 - p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

E. 6

a. 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit 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). 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 LPG), 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 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). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

A/753/2020 - 19/26 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un

dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/753/2020 - 20/26 -

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

E. 8

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît

nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 9

En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement (hormis une à deux consultations médicales de contrôle par année, deux séries de neuf séances de physiothérapie complémentaire pour l'année 2019, ainsi que les éventuels médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires à doses modérées) au 31 juillet 2019, date à partir de laquelle elle a considéré, sur la base des avis de ses médecins-conseils, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Il convient donc d'examiner la valeur probante des différents rapports du Dr H_____ et de la Dresse I_____.

E. 10

a. La chambre de céans observe d'emblée que, contrairement à ce que mentionne le courrier de l'intimée du 20 juin 2019, le Dr H_____ ne s'est pas expressément déterminé sur la stabilisation de l'état de santé de la recourante.

A/753/2020 - 21/26 - En effet, dans ses avis rendus jusqu'au 20 juin 2019, il s'est avant tout prononcé sur l'exigibilité d'une reprise de l'activité habituelle, exercée selon les modalités qui prévalaient avant le sinistre assuré (cf. avis des 6 et 13 mai, 12 juin 2019). Par la suite, il a uniquement été invité à prendre position sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, sans se déterminer sur une possible amélioration de l'état de santé grâce aux traitements « justifiés » qui devaient être « maintenus » (cf. avis des 26 juin et 28 août 2019). b. La chambre de céans constate ensuite que les conclusions du médecin d'arrondissement, relatives à la capacité de travail de la recourante eu égard à son taux d'activité usuel, reposent pour l'essentiel sur la prémisse erronée que l'état de santé de l'intéressée lui avait permis de reprendre son activité habituelle à 50%, sans difficulté. Ainsi, dans son avis du 19 octobre 2018, le médecin-conseil a simplement indiqué attendre le dernier rapport du chirurgien, soit celui du 10 octobre 2018, ajoutant qu'en l'absence de problème, une reprise à 100% serait envisagée. Dans sa détermination du 1er mai 2019, le Dr H_____ a préconisé un séjour à la CRR « pour rééducation et évaluation des capacités fonctionnelles », sans que l'on sache si le rapport du Dr D_____ du 10 octobre 2018 lui avait été soumis. C'est le lieu de relever que, contrairement aux allégations de l'intimée, les pièces produites n'établissent pas que la recourante aurait refusé un tel séjour. Le 6 mai 2019, le médecin-conseil a changé d'avis et conclu qu'une reprise professionnelle pouvait être attendue à 100% dans la même activité, comme évoqué dans son avis du 19 octobre 2018, aux motifs que l'intéressée travaillait habituellement comme employée de maison à raison de 17h30 par semaine, qu'elle avait repris son activité à 50% depuis le mois de

janvier 2019 et que cela « se passait bien ». Or, il ressort clairement des rapports des médecins qui suivaient la recourante que cette dernière avait relaté une recrudescence des douleurs depuis la reprise thérapeutique à 50% (cf. rapport du Dr D_____ du 10 octobre 2018) et que les difficultés ont subsisté après la reprise du travail à 50% en janvier 2019 (cf. rapports de la Dresse F_____ des 21 mai et 18 septembre 2019). De surcroît, la recourante ne parvenait pas à accomplir toutes les tâches inhérentes à sa fonction, comme par exemple passer l'aspirateur, déplacer des meubles, nettoyer les fenêtres ou encore sortir les poubelles. Elle n'a donc jamais été mesure de reprendre son activité d'employée de maison, même à 50%, puisque les tâches qui lui ont été confiées dans le cadre de cette reprise ont été allégées par l'employeur (cf. procès- verbaux des entretiens des 29 juin et 12 octobre 2018, 28 janvier 2019). Dans de telles circonstances, on ne saurait considérer que la reprise se passait bien. Par avis du 13 mai 2019, le médecin d'arrondissement a maintenu qu'une reprise d'activité au taux antérieur pouvait être attendue dès le 1er mai 2019. Il a rappelé que la recourante travaillait toujours à 50% et qu'elle avait pu diminuer son traitement antidouleur. Il a également relevé que le Dr D_____ avait signalé une

A/753/2020 - 22/26 - pseudo-radiculalgie à la face latérale de la cuisse, que les douleurs n'apparaissaient qu'au second plan et n'occasionnaient qu'une gêne modérée, que le bilan radiologique montrait des implants bien en place et qu'un renforcement musculaire avait été prescrit en lien avec les douleurs liées au mécanisme de compensation d'une hypolordose lombaire. Comme déjà constaté, on ne saurait retenir que la recourante avait repris son activité d'employée de maison à 50% puisqu'elle n'était pas en mesure d'effectuer de nombreuses tâches. De plus, si le chirurgien a effectivement noté que les maux résultant de la pseudo-radiculalgie apparaissaient « au second plan » et n'occasionnaient qu'une « gêne modérée », il a également retenu que les douleurs mécaniques en barre, mises sur le compte d'un mécanisme de compensation d'une hypolordose lombaire, étaient toujours présentes et que les douleurs inflammatoires en regard du site opératoire persistaient, avec une minime amélioration (5/10 EVA contre 6/10 EVA lors du dernier contrôle) et des réveils nocturnes moins fréquents (cf. rapport du Dr D_____ du 11 février 2019). Concernant la diminution du traitement médicamenteux, il sied de souligner que l'arrêt de Co-Dafalgan a été motivé par des effets indésirables (cf. rapport du Dr D_____ du 4 décembre 2017) et que l'intéressée a déploré une aggravation des douleurs suite à l'arrêt du Zalidiar (cf. rapport du Dr D_____ du 10 octobre 2018), ce qui a d'ailleurs nécessité une augmentation du traitement, avec l'introduction de Dafalgan et d'Omeprazol, en sus de l'Irfen et du Sirdalud (cf. attestation de la Dresse F_____ du 16 septembre 2019). Ainsi, malgré un traitement conséquent comprenant la prise quotidienne de plusieurs substances, la recourante a continuellement fait état de douleurs persistantes l'empêchant de reprendre ses activités habituelles. Dans son avis du 12 juin 2019, le Dr H_____ a confirmé qu'une reprise dans l'activité professionnelle, avec la même durée de travail qu'antérieurement au sinistre, était possible dès le 1er juillet 2019, au vu de l'activité professionnelle « légère », du délai par rapport à l'intervention et de l'évolution jugée « favorable ». Cependant, l'activité habituelle de la recourante ne saurait en aucun cas être qualifiée de légère. Le médecin d'arrondissement semble avoir mal interprété les termes du rapport de la Dresse F_____ du 21 mai 2019, laquelle a noté que l'activité exercée à 50% par sa patiente était « limitée aux activités légères », sans tâches lourdes. Cette indication correspond aux déclarations de la recourante, qui a expliqué à maintes reprises qu'elle n'arrivait plus à accomplir l'intégralité de ses missions depuis sa reprise et qu'elle ne s'adonnait qu'aux travaux légers. Enfin, en dépit de l'évolution « favorable » rapportée de façon continue par le Dr D_____,

il n'en reste pas moins que ce médecin a également signalé la persistance d'importantes douleurs, « plausibles » dans le contexte du traumatisme et le status post-opératoire, avec un mauvais alignement spino-pelvien résiduel sur une perte de lordose post-traumatique, une subsidence de la cage au niveau du plateau supérieur de L3 (cf. rapport du 15 mars 2018), une discopathie cyphosante de segment L5-S1 (cf. rapport du 10 octobre 2018). On ne saurait donc

A/753/2020 - 23/26 - conclure, sans davantage d'explications, que l'évolution « favorable » permettait la reprise de l'activité habituelle. c. Enfin, l'évaluation du Dr H_____ n'est guère plus convaincante concernant la capacité de travail dans une activité exercée à raison de 45 heures par semaine. Le médecin-conseil a en effet estimé que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à 100% sans baisse de rendement. Il a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, la nécessité de pouvoir travailler à sa guise en position assise ou debout, sans accroupissement, sans travail à genoux et sans montée sur une échelle, sans devoir se pencher en avant et avec un port de charge ponctuel limité à 5kg (cf. avis du 28 août 2019). Ces conclusions sont dépourvues de toute argumentation et le Dr H_____ n'a livré aucune explication s'agissant des restrictions engendrées par les troubles persistants dont souffre la recourante. Il est surprenant qu'aucune contre-indication ne soit mentionnée pour les mouvements de flexion, d'extension et de torsion de la colonne vertébrale (cf. prescriptions de physiothérapie du Dr D_____ des 27 novembre 2017 et 5 octobre 2018). En outre, la position prolongée a été considérée comme un facteur aggravant par la Dresse G_____ (cf. rapport du 17 mai 2018), de sorte qu'il était nécessaire d'apporter des précisions sur l'alternance des positions. Quant au port de charge, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il était limité à 5 kg, alors que la Dresse E_____ avait retenu 3 kg (cf. rapport du 19 janvier 2018). En l'absence de toute motivation, les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement sont donc peu compréhensibles. Enfin, il sied de rappeler que le médecin d'arrondissement n'a pas examiné personnellement la recourante, malgré les demandes de cette dernière, et que sa détermination est exclusivement fondée sur les rapports soumis à son appréciation, en particulier ceux du chirurgien et de la médecin traitant. Or, le premier ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée et la seconde a estimé que seul un taux de 50% pouvait être exigé dans l'activité habituelle, sans précision quant au pourcentage envisageable dans une activité adaptée.

E. 11

L'intimée ne pouvait donc pas, sur la base des appréciations du Dr H_____, retenir que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 31 juillet 2019, et mettre ainsi fin au versement des indemnités journalières et au remboursement des frais de traitement, puis statuer sur le droit à une rente d'invalidité.

E. 12

a. S'agissant du rapport de la Dresse I_____ du 28 janvier 2020, il ne contient aucune argumentation d'ordre médical à l'appui de ses conclusions selon lesquelles on pouvait s'attendre à une « augmentation jusqu'à la normalisation » de la capacité de travail de la recourante. La médecin a noté que la fracture L2 était guérie et que les implants étaient correctement en place selon les contrôles radiologiques et l'évaluation régulière du Dr D_____, ajoutant qu'il n'y avait pas de critères objectifs limitant la capacité de

A/753/2020 - 24/26 - travail de la recourante, comme des déficits neurologiques ou la nécessité de médicaments forts comme des morphiniques. Cette appréciation est insuffisante au vu des troubles objectivés par le Dr D_____, lequel a notamment estimé que les douleurs mécaniques persistaient et résultaient du trouble de l'alignement spino-pelvien, compensé par une rétroversion exagérée du pelvis. b. La Dresse I_____ a considéré que l'état de santé était stabilisé depuis « longtemps », sans aucune précision ni explication. Elle ne s'est d'ailleurs pas du tout prononcée sur le traitement médicamenteux prescrit par la Dresse F_____ dans sa dernière attestation, ni sur les séances de physiothérapie, préconisées tant par la médecin traitant que par le chirurgien. À cet égard, on relèvera d'ailleurs que si le Dr D_____ a tout d'abord entendu privilégier les exercices à domicile aux séances de physiothérapie (cf. rapport du 4 décembre 2017), il n'a par la suite cessé de prescrire de la physiothérapie, afin de muscler le dos et les abdominaux, avec des manœuvres de protection de la colonne vertébrale (cf. prescription du 5 octobre 2018 et rapport du 25 janvier 2019), étirer les ischio-jambiers raccourcis (cf. rapport du 25 janvier 2019 et prescription du 26 février 2019). Les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne comportent aucun compte-rendu des séances de physiothérapie, de sorte qu'on ignore tout des éventuels bénéfices de ce traitement. Cela étant, aucun élément ne permet en l'état de considérer qu'il s'agirait d'un traitement destiné uniquement à soulager temporairement des douleurs résultant d'un état de santé stabilisé. c. Enfin, la médecin du Centre de compétence a noté que l'exigibilité décrite par le Dr H_____ respectait les limitations « potentielles » qui subsistaient et étaient définies pour une activité professionnelle « peu exigeante ». Son appréciation ne contient pas la moindre justification permettant de conforter celle du médecin d'arrondissement.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le rapport de la Dresse I_____, dépourvu de toute valeur probante, ne permet pas non plus de tirer des conclusions fiables, que ce soit sur la stabilisation de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail ou encore sur les limitations fonctionnelles.

E. 14

Il y a donc lieu d'annuler la décision litigieuse, sans qu'il soit nécessaire, à ce stade, d'examiner les autres griefs de la recourante.

E. 15

En l'absence de tout avis médical probant sur les questions litigieuses de la stabilisation de l'état de santé, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle de la recourante, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, administrer les preuves nécessaires, si besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision.

A/753/2020 - 25/26 -

E. 16

Par conséquent, le recours sera admis, la décision du 29 janvier 2020 annulée, et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante, représentée par un mandataire professionnel, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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/753/2020 - 26/26 - 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.