

GE_GERICHTE ATAS/486/2015 vom 25. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_486_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/486/2015 du 25 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/486/2015 del 25 giugno 2015

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; RS 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.

E. 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).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), plus particulièrement sur le taux de celle-ci, ainsi que sur le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA). En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'évènement dont l'assurée a été victime est un accident.

E. 6

a) Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). 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). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); 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

A/400/2013 - 18/27 - l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico- théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

E. 7

a) L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), du 20 décembre 1982, comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires - à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas

A/400/2013 - 19/27 - où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes

à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). b) Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2; RAMA 1998 p. 602). Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

E. 8

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230).

E. 9

Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b; ATF 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de

A/400/2013 - 20/27 - causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c; ATF 115 V 403 consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que

facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (ATF 124 V 29 consid. 5c; ATF 124 V 209 consid. 4b).

E. 10

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). 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 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).

A/400/2013 - 21/27 - 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). 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 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). 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 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 11

Enfin, on rappellera que 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).

A/400/2013 - 22/27 -

E. 12

En l'espèce, la recourante ne conteste pas le taux d'IPAI retenu pour l'atteinte de son ouïe. Seule est contestée la part relative à ses atteintes orthopédiques. Force est cependant de constater que la recourante se contente de requérir une hausse de l'indemnité accordée sans motiver autrement sa position que par le fait que le Dr K_____ a qualifié son atteinte d'« importante ». Or, la question de l'IPAI est de nature essentiellement médicale et, en l'occurrence, aucun élément concret n'est susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé des estimations des Drs B_____ et J_____. Ainsi que le fait remarquer le Dr B_____, le vocable « important » fait partie de la définition de l'atteinte à l'intégrité, dont l'existence a d'ores et déjà été admise. L'attestation du Dr K_____ ne saurait ainsi être considérée comme suffisante pour étayer une augmentation de l'IPAI, d'autant que le Dr B_____ a motivé de manière détaillée et convaincante sa position, expliquant qu'au niveau du bassin et de l'avant-bras, le résultat fonctionnel était bon et que les seuls problèmes musculo-squelettiques ne donneraient pas lieu à une incapacité dans un travail sédentaire. Au surplus, l'évaluation du Dr B_____ a été confirmée tant par le Dr L_____ que par le Dr N_____, lequel s'est livré à une analyse extrêmement approfondie, après atteinte, à laquelle la recourante n'a su opposer d'autre argument que le fait qu'elle n'est plus en mesure d'entretenir son intérieur. Quant au plan psychique, il ressort de la jurisprudence rappelée supra qu'en cas d'accident de gravité moyenne - comme c'est le cas en l'occurrence -, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique, étant rappelé qu'il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, et pour autant que les pièces du

dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber, ce qui n'est manifestement et fort heureusement pas le cas de la recourante. Eu égard aux considérations qui précèdent et à l'évaluation détaillée du Dr N_____, il convient de constater le bien-fondé de la fixation par l'intimée du taux de l'IPAI à 25%. Ce grief se révèle donc infondé.

E. 13

Il y a lieu à présent de déterminer si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité. Conformément à l'art. 18 al. 1er 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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

A/400/2013 - 23/27 - à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail (voir en matière d'assurance-accidents : ATF non publié 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3 et les références citées). Quant à l'incapacité de gain, elle correspond à 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. L'invalidité correspond à l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée. Ainsi, 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). L'invalidité est donc une notion économique et non médicale dans la mesure où ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer. Son taux ne se confond ainsi par conséquent pas forcément avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. En outre, lorsque l'assuré travaille, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de sa situation professionnelle concrète et correspond donc au revenu effectivement réalisé par l'intéressé.

E. 14

En l'espèce, la recourante demande que soient ordonnées de nouvelles expertises, afin de déterminer plus précisément les taux de ses atteintes orthopédique et psychique et leurs conséquences sur sa capacité de travail. En substance, la recourante relève qu'elle souffre d'une mémoire défaillante, d'angoisses récurrentes et de troubles de la concentration qui s'ajoutent à ses difficultés à se mouvoir et à ses problèmes auditifs. Elle reproche au Dr J_____

A/400/2013 - 24/27 - d'avoir minimisé son trouble dépressif. Elle allègue également que l'évaluation de son état psychique serait contredit par les autres rapports médicaux versés au dossier, en particulier ceux de son psychiatre traitant, le Dr D_____. L'intimée se réfère quant à elle à l'avis du Dr J_____, lequel a qualifié les symptômes psychiques résiduels de légers et susceptibles de diminuer les performances de l'assurée de 20% au maximum, dans toute activité adaptée aux limitations physiques, à l'âge et aux formations de l'intéressée, avis partagé par le Dr I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur le plan strictement somatique, le Dr B_____ a considéré que les atteintes n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail, ce qu'a confirmé le Dr N_____ : l'assurée a présenté à la hanche droite une lésion potentiellement grave du point de vue ostéoarticulaire, mais un traitement de qualité a permis d'obtenir un bon résultat fonctionnel ; de même, du point de vue clinique, à l'examen final après fracture du cubitus, il n'y avait aucune limitation de la mobilité, strictement superposable à la mobilité controlatérale ; les fractures costales ont visiblement guéri sans séquelles, vu l'absence de plaintes, tout comme l'atteinte au niveau des parties molles de la cuisse droite. Quant aux troubles fonctionnels douloureux de l'épaule gauche, ils ne sont apparus que postérieurement à l'accident, à une distance temporelle d'au moins deux mois et en l'absence d'indice permettant de conclure à un traumatisme secondaire. Qui plus est, le Dr N_____ a démontré de manière convaincante qu'il convenait de conclure en l'occurrence à une bursite, affection inflammatoire de peu de gravité et, surtout, réversible. Enfin, les lombalgies et la maladie ostéoporotique étaient déjà présentes avant l'accident et sans lien de causalité naturelle avec ce dernier, ce qui n'est pas contesté par la recourante. Celle-ci conteste surtout l'évaluation des conséquences de son état psychique sur sa capacité de travail. Or, le rapport d'expertise du Dr J_____ - complété sur questions de la recourante et de l'intimée - peut se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, il fait l'objet d'une anamnèse approfondie et détaillée - confirmée par le psychiatre traitant. Il se fait également l'écho des plaintes de l'assurée. Les diagnostics posés sont discutés de manière approfondie et convaincante, tout comme les raisons pour lesquelles l'expert a écarté d'autres diagnostics. Qui plus est, ses conclusions sont corroborées par celles du Dr H_____, lequel a estimé qu'il n'était pas vraisemblable que les discrètes modifications aspécifiques décelées par la psychologue puissent être considérées comme des déficits neuropsychologiques durables d'origine organique et a conclu que, dès le début de l'année 2009 au plus tard, une limitation de l'aptitude au travail de l'assurée dans l'exercice de son métier habituel ne se justifiait plus par les suites de l'accident neurologique ou neuropsychologique.

A/400/2013 - 25/27 - Le Dr D_____ a d'ailleurs reconnu que, sur le plan purement technique, l'expertise avait été « tout à fait bien menée », même s'il n'en partage pas les conclusions. A cet égard cependant, force est de constater que le psychiatre traitant n'amène aucun élément objectif permettant de faire douter des conclusions de l'expert. En particulier, il ne s'exprime pas clairement sur le taux de capacité de travail de sa patiente ni ne le motive. Dans ces circonstances, il convient de se rallier aux conclusions du Dr

J_____, dont il ressort que seule une symptomatique affective résiduelle légèrement marquée subsiste. Le rapport du Dr J_____ n'apparaît peu clair que sur un point : en conclusion, l'expert a considéré que les symptômes psychiques résiduels devaient être considérés comme légers et susceptibles de réduire les performances de l'assurée de 20% tout au plus pendant une durée maximale de six mois dans toute activité adaptée à ses limitations physiques, à son âge et à son niveau de formation, tout en ajoutant, un peu plus loin que cette diminution de rendement de 20% pourrait subsister. L'expert a néanmoins éclairci sa position par la suite, expliquant que les symptômes, bien que légers, étaient encore explorables, de sorte qu'il fallait en tenir compte, car ils affecteraient très probablement légèrement l'assurée si elle reprenait une activité professionnelle : ils entraîneraient un ralentissement léger du rythme de travail en raison d'une fatigabilité accrue, ce qui réduirait les performances de l'assurée et donc sa capacité de rendement. Toutefois, cette réduction de la capacité de rendement serait minime, 20% correspondant déjà à une appréciation très large. De plus, ce déficit de rendement dépendrait de la configuration du poste de travail : plus il serait exigeant et complexe, plus le déficit de rendement serait important. En revanche, dans une activité relativement calme et bien structurée, après un certain temps d'adaptation pour acquérir la routine nécessaire, le déficit de rendement devrait tendre pratiquement vers zéro. L'expert a une nouvelle fois confirmé cette position en expliquant que les atteintes neuropsychologiques dont l'assurée avait souffert après l'accident avaient largement régressé, qu'elles pouvaient être qualifiées de légères lors de l'examen neuropsychologique du 8 décembre 2008 et qu'elles étaient désormais donc plus que largement couvertes par la reconnaissance d'un déficit résiduel de 20% de la capacité de rendement. Dès lors, la position adoptée tant par la Dresse I_____ que par l'intimée, consistant à conclure que, d'un point de vue psychiatrique, on ne constaterait aucune limitation de la capacité de travail en termes de temps de travail ou de rendement, paraît difficilement défendable, d'autant que la valeur probante de l'expertise a été reconnue. Dans cette mesure, il y a lieu de se rallier à l'intégralité des conclusions du Dr J_____, y compris celles relatives à une diminution durable de la capacité de

A/400/2013 - 26/27 - travail de l'ordre de 20%, ce qui correspond à un degré d'invalidité similaire, l'activité préalablement exercée correspondant à la définition d'une activité adaptée telle que décrite par l'expert. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis en ce sens que le droit à une rente d'invalidité d'un taux de 20% est reconnu à la recourante. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité 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/400/2013 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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