

GE_GERICHTE ATAS/785/2023 vom 9. Oktober 2023

GE Cour de justice, 2023-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_785_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/785/2023 du 9 octobre 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/785/2023 del 9 ottobre 2023

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. Elle est ainsi applicable au présent recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

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

E. 4

Le litige, tel que circonscrit par les conclusions du recours, porte sur le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et sur la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 mai 2022.

E. 5

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). La responsabilité de l'assureur-accident 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). 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

A/4060/2022 - 7/18 - 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)

E. 6

Les prestations suivantes sont prévues en cas d'accident.

E. 6.1

En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

E. 6.2

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) 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 LPGGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

E. 6.3

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA 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 LPGGA). La notion d'invalidité selon l'art. 8 LPGGA 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

A/4060/2022 - 8/18 - 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 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 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. 6.4

Conformément à 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 détermine 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 minimale que l'on peut attendre 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). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du

E. 11

juillet 2018 et les références). 7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2). 7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales

A/4060/2022 - 9/18 - (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 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). 7.3 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 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). 7.4 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). 8. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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

A/4060/2022 - 10/18 - après les traitements et les mesures de réadaptation. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). 8.1 En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il n'est toutefois pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité lorsque le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5). Tel est notamment le cas lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, par exemple lorsque l'assuré conserve une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1). Cette méthode de comparaison en pourcent s'applique notamment lorsque le salaire dans le dernier emploi ne peut être pris en compte, car les rapports de travail se sont achevés pour des motifs étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_354/2021 du 3 novembre 2021 consid. 5.1, cf. pour des cas d'application arrêts du Tribunal fédéral 8C_628/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.3.5, et a contrario 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 et 5.3, 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 7.2.1). 8.2 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte

de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'écarte du dernier salaire réalisé et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou

A/4060/2022 - 11/18 - encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). 8.3 Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques ou manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs, les cadres de direction et les gérants, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 2.3 et les références). 8.4 Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). 8.4.1 Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou

abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances

A/4060/2022 - 12/18 - pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). 8.4.2 Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGa, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations – dont l'abattement sur le revenu d'invalidité en matière d'assurance-invalidité constitue un exemple flagrant – dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (Angemessenheitskontrolle). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3). Ainsi, lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à elle et voir si un abattement plus ou moins élevé serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2). 9. En l'espèce, la chambre de céans retient ce qui suit en ce qui concerne la capacité de travail et de gain de la recourante et son droit au traitement médical. 9.1 L'expertise du Pr E_____ est conforme aux exigences dégagées par la jurisprudence. Ce médecin a en effet rédigé son rapport après avoir pris connaissance du dossier médical complet de la recourante, incluant les examens d'imagerie. Il a interrogé celle-ci sur son anamnèse, a rapporté ses plaintes et a procédé à un examen clinique complet avant de poser ses diagnostics et d'établir ses conclusions, qui sont motivées.

A/4060/2022 - 13/18 - 9.2 S'agissant en particulier du lien de causalité entre l'accident et les atteintes de la recourante, l'expert a établi de manière convaincante lesquelles étaient imputables au traumatisme initial. En ce qui concerne les douleurs thoraciques et de l'épaule, il a noté l'absence de toute lésion de cet ordre lors des examens radiologiques pratiqués dans les suites de l'accident. Ces lésions n'étaient du reste pas non plus objectivables lors de son expertise. C'est ainsi à juste titre que l'expert n'en a pas tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail. L'argumentation de la recourante, selon laquelle ces troubles seraient nécessairement en lien avec l'accident puisqu'ils sont apparus après cet événement, ne peut être suivie. En effet, le seul fait que des symptômes

douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc, ergo propter hoc) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références). Il n'existe du reste pas de rapports médicaux au dossier qui permettraient de mettre en doute les conclusions de l'expert sur ce point. Les hypothèses envisagées par le docteur H_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, qui dans son rapport du 13 juin 2019 a diagnostiqué, outre des dorsalgies mécaniques, une probable désinsertion partielle du muscle trapèze en regard de la cicatrice, ainsi qu'une probable neuropathie irritative D5 ou D6 gauche, ont été écartées par l'IRM réalisée pour confirmer ce diagnostic. En effet, cet examen du 26 août 2019 n'a pas montré d'anomalies de signal inflammatoires osseuses ou musculaires, ni d'arguments pour une atteinte des articulations costo-vertébrales ou pour une désinsertion des muscles trapèzes. Une nouvelle IRM du

E. 12

mai 2021 a en outre uniquement révélé une fracture tassement ancien de D5 stable avec un recul millimétrique du mur postérieur, sans signes de myélopathie, ainsi qu'un œdème osseux du pédicule et du processus articulaire supérieur D4 à droite d'origine mécanique en premier lieu, atteintes dont l'expert a dûment tenu compte. Le docteur I_____, médecin au service de chirurgie orthopédique aux HUG, a certes diagnostiqué dans son rapport du 30 novembre 2020 une omalgie dorsale droite et trigger region des stabilisateurs de l'omoplate avec une probable composante neurogène radiculaire D5, sans toutefois se prononcer sur un lien de causalité avec l'accident ni établir au degré de la vraisemblance prépondérante une origine organique à cette atteinte. Quant au Dr G_____, il affirme dans son rapport établi en juillet 2023 que la douleur en ceinture pourrait correspondre au niveau de la lésion et être une séquelle de la contusion médullaire, tout en admettant que cette lésion n'était pas visible. Or, une simple hypothèse non étayée par les examens radiologiques n'emporte pas la conviction. S'agissant des migraines qu'il rapporte également – dont l'origine n'est au demeurant pas non plus établie à satisfaction de droit –, on se bornera à rappeler que de telles atteintes n'ont jamais été signalées avant que l'intimée ne rende sa décision sur opposition, et que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales

A/4060/2022 - 14/18 - apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1). 9.3 En ce qui concerne la capacité de travail complète dans une activité adaptée retenue par l'expert, on note en préambule qu'il n'y a pas d'incapacité de travail attestée par les médecins traitants de l'assurée au dossier depuis le 26 avril 2021 au moins. Sur ce plan également, il n'existe pas de documents médicaux qui justifieraient que l'on s'écarte des conclusions du Pr E_____. En particulier, le Dr I_____ n'a pas fait état d'une incapacité de travail dans son rapport du 30 novembre 2020 à l'intimée, en précisant qu'une reconversion était en cours – ce qui semble suggérer qu'il n'excluait pas à cette date déjà une reprise. Ce médecin n'a de plus pas mentionné de diagnostics en lien de causalité avec l'accident que l'expert aurait ignorés, celui-ci ayant tenu compte des dorsalgies dans l'établissement des limitations fonctionnelles. Le Dr C_____ avait quant à lui pronostiqué une capacité de travail totale dès le 13 août 2019 dans son certificat du 4 juillet précédent. Les limitations fonctionnelles retenues par ce neurochirurgien dans son rapport du 8 juin 2018, excluant le port de charges, les voyages prolongés et les mouvements en rotation, se recourent en outre très largement avec celles tracées par l'expert. Quant au docteur J_____, médecin à la consultation d'antalgie des HUG, qui a reçu la recourante le 26

septembre 2019, il a rapporté des douleurs dorsales irradiant vers les cervicales et la région lombaire, alors que les douleurs en hémi ceinture avait pratiquement disparu depuis le changement de physiothérapie. Il a précisé que les douleurs devenaient gênantes à la marche prolongée, après deux ou trois heures de voyage en voiture ou quand elle courait plus de 5 km. Ce médecin n'a ainsi pas non plus évoqué de diagnostics que l'expert aurait ignorés, et ne s'est du reste pas déterminé sur la capacité de travail et de gain de la recourante. Le Dr B_____ a quant à lui pour l'essentiel relaté les douleurs de la recourante, qui correspondent à celles que l'expert a déjà rapportées. Ce médecin a également évoqué un syndrome neurogène périphérique lié à la compression des racines nerveuses de D4-D5 et D6-D7, une cyphose dorsale, une hyperlordose de la colonne et un début de scoliose résultant du déséquilibre engendré par la déformation de la vertèbre. En préambule, on note que ce médecin est le père de la recourante, ce qui implique nécessairement une certaine prudence dans l'appréciation de son rapport. Par ailleurs, il est désormais à la retraite et était auparavant spécialiste en gynécologie, de sorte qu'il s'exprime sur des atteintes qui ne relèvent pas de son domaine de spécialité. Enfin, les douleurs et la cyphose ont été prises en compte par l'expert. La compression des racines D4-D5 et D6- D7 qu'il mentionne, responsable selon lui d'un syndrome neurogène périphérique, n'est pas étayée par des observations radiologiques. Partant, les interrogations de ce médecin au sujet de la capacité de travail de la recourante ne suffisent pas à mettre en doute les conclusions du Pr E_____. Quant au Dr G_____, il se borne

A/4060/2022 - 15/18 - pour l'essentiel à décrire les douleurs signalées par la recourante. Or, l'expert a tenu compte des douleurs de la recourante en lien de causalité avec l'accident, comme on l'a vu. Enfin, l'appréciation subjective de la recourante de sa propre capacité de travail, qu'elle estime à 50 % au plus, ne saurait se substituer aux conclusions d'une expertise réalisée dans les règles de l'art. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions du Pr E_____, selon lesquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après une reprise progressive, soit trois mois après l'expertise. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières dès le 14 août 2021. 9.4 La recourante conteste encore le refus de prendre en charge son traitement médical au-delà du 31 mai 2022. Il est vrai que le Pr E_____ avait fixé la date de stabilisation de l'état de santé de manière pronostique. Cela étant, cela ne suffit pas à nier le caractère probant de ses conclusions sur ce point. On relève d'ailleurs que la recourante ne suit aucun traitement spécialisé et qu'aucune option thérapeutique ne paraît plus discutée. Le neurochirurgien qu'elle dit avoir consulté le 18 janvier 2023 n'aurait selon elle pas proposé de nouvelle intervention. Elle n'a plus vu les médecins des HUG après avril 2021, et les dernières prescriptions pour des séances de physiothérapie versées au dossier ont été établies en novembre 2021 et janvier 2022 par la doctoresse K_____, pédiatre à la retraite, qui est la mère de la recourante. Le Dr G_____ a certes également préconisé des séances de physiothérapie. Cela étant, conformément à la jurisprudence citée, la poursuite de la physiothérapie ne permet pas d'exclure une stabilisation de l'état de santé. Il n'est du reste pas inutile de souligner que selon le rapport du 22 mai 2022 de la physiothérapeute de la recourante, ce traitement vise essentiellement le maintien de la qualité de vie et la reprise d'activités sportives. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, le fait que cette physiothérapeute n'ait pas mentionné d'indication professionnelle au traitement ne peut s'expliquer par l'absence d'activité lucrative, puisque celle-ci a également très largement abandonné ses activités sportives alors même que leur reprise est citée comme un but poursuivi par le traitement. Ainsi, comme le souligne à juste

titre l'intimée, on ne se trouve pas dans la situation prévue à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, dans laquelle des prestations pour soins sont accordées après la fixation de la rente lorsque l'assuré en a besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Compte tenu de ce qui précède, c'est également de manière conforme au droit que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical au 31 mai 2022.

A/4060/2022 - 16/18 - 9.5 La recourante a requis son audition, afin d'exposer son état de santé, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, suggérant la désignation d'un centre de la douleur, tout en déplorant une instruction incomplète au plan neurologique. Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, eu égard au caractère probant de l'expertise du Pr E_____, la chambre de céans ne donnera pas suite à la demande de la recourante de mise en œuvre d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves. Elle ne procédera pas non plus à son audition, censée établir l'impact de ses douleurs sur sa vie, dès lors que le ressenti d'un assuré ne suffit pas en l'absence de tout autre élément objectif à écarter des conclusions médicales motivées. L'apport du dossier de l'assurance-invalidité n'apparaît pas non plus indispensable. En effet, l'intimée a procédé à une instruction complète et elle n'est pas nécessairement liée par le prononcé de l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle ne répond que des atteintes en lien de causalité naturelle avec l'accident qu'elle couvre. 10. Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante à partir du 1er juin 2022. Si celle-ci a été licenciée du poste qu'elle exerçait avant l'accident, ses compétences et sa capacité de travail dans son domaine d'activité n'ont pas été altérées de manière substantielle par l'accident. Le fait qu'elle ne puisse plus assumer d'emploi impliquant de longs déplacements professionnels ne rend pas la reprise d'une activité de consultante en marketing irréaliste, étant rappelé que l'invalidité doit être évaluée à l'aune d'un marché équilibré du travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références). C'est ainsi à juste titre que l'intimée a considéré que la recourante pouvait mettre en valeur sa capacité de gain dans un tel emploi. Cela étant, aucun élément ne suggère que la recourante n'aurait pas poursuivi l'activité qu'elle exerçait au moment de son accident. Il y a ainsi lieu de fixer son revenu avant invalidité non pas sur des bases statistiques, mais bien sur le salaire qu'elle réalisait alors. Selon le courriel de son ancien employeur du 17 mars 2021, ce revenu se serait élevé en 2021 à CHF 108'000.- avec un bonus potentiel de 10 %, soit CHF 118'800.-. On note à cet égard que selon les informations données par l'employeur à l'intimée par courriel du 22 janvier 2021, de tels bonus avaient été versés les années précédentes. C'est ainsi ce montant qui sera pris en compte à titre de revenu sans invalidité.

A/4060/2022 - 17/18 - Quant au revenu avec invalidité, compte tenu du parcours universitaire et de l'activité de consultante encore exigible, on peut se référer au salaire statistique tiré d'activités spécialisées, scientifiques et techniques (ESS 2020, Lignes 69-75). Le niveau de compétence 4 correspondant à une activité intellectuelle peut être pris en compte, ce qui correspond pour une femme à un revenu de CHF 7'784.- par mois, soit CHF 93'408.- par année. Il convient d'adapter ce revenu à la durée hebdomadaire normale

de travail de 41.7 heures en 2021, ce qui l'élève à CHF 97'378.-. Compte tenu de l'indexation, qui a vu un recul des salaires de 0.2 % en 2021, le revenu d'invalidité est de CHF 97'183.- en 2021. L'intimée ne s'est pas déterminée sur un éventuel abattement. Cela étant, il faut souligner que seule une réduction en raison des limitations fonctionnelles pourrait entrer en ligne de compte dans le cas d'espèce. Or, compte tenu du fait que seuls le port de charges et les positions fixes prolongées doivent être évités, ce qui est généralement compatible avec un poste de consultant, on peut admettre que dans le cas d'espèce, les répercussions de ces limitations seraient peu marquées. On ne saurait ainsi considérer qu'elles sont de nature à réduire la rémunération à laquelle la recourante peut prétendre. Compte tenu de ce qui précède, la comparaison des revenus avec et sans invalidité de respectivement CHF 118'800.- et CHF 97'183.- aboutit à un degré d'invalidité de 18.20 %, qui doit être arrondi selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3.2) à 18 %. La recourante a ainsi droit à une rente de ce taux dès le 15 août 2021, soit au lendemain de la fin du droit aux indemnités journalières. 11. Le recours est partiellement admis. La recourante 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. fbis LPGA).

A/4060/2022 - 18/18 - 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.