

GE_GERICHTE ATAS/845/2018 vom 26. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_845_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/845/2018 du 26 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/845/2018 del 26 settembre 2018

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) 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

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. 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 trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA-GE). Datée du 26 février 2018, la décision querellée a été notifiée au plus tôt le lendemain. En conséquence, le délai de recours a commencé à courir le 28 février 2018. Suspendu du 25 mars au 8 avril 2018, il a repris son cours le 9 avril 2018 et est arrivé à échéance le 13 avril 2018. Posté le 9 avril 2018, le recours a été interjeté en temps utile. Cet acte satisfait également aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Il sera donc déclaré recevable.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre, par voie de révision, à une augmentation de la rente d'invalidité de 30 % que l'intimée lui a allouée par décision du 16 avril 2014 – entrée en force.

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 ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

A/1163/2018 - 16/25 - Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). b. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). L'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une

A/1163/2018 - 17/25 - amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

E. 6

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; voir également

A/1163/2018 - 18/25 - SVR 2010 IV n° 11 p. 35, arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 3.1).

E. 7

a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés auparavant, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement

important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt 8C_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de révision de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du

A/1163/2018 - 19/25 - Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). La jurisprudence a précisé qu'il est admissible qu'elle prenne effet à partir du premier jour du mois suivant la date de notification de la décision de l'assureur-accidents lorsqu'il est établi que les conditions matérielles de la révision sont réunies à cette même date (cf. ATF 140 V 70; arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.1.1). b. Par ailleurs, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). En outre, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA).

E. 8

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. 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

A/1163/2018 - 20/25 - 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). b/bb. 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). c. Selon la jurisprudence, il importe, dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, que toute appréciation médicale qui diverge des avis médicaux précédents indique de manière suffisamment claire dans quelle mesure une modification de l'état de santé s'est produite depuis la dernière décision. La valeur probante d'un rapport médical produit en vue d'une révision du droit aux prestations dépend essentiellement du point de savoir s'il se rapporte de manière suffisamment étroite à l'objet de la preuve, soit l'existence d'une modification significative de l'état de fait. Lorsqu'une telle modification n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1), le principe du fardeau de la preuve commande de s'en tenir au statu quo (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.3 et 2.4, et les arrêts cités).

E. 9

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf

si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du

A/1163/2018 - 21/25 - Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Si une révision des prestations a été demandée en application de l'art. 17 al. 1 LPGA, cela implique que l'assureur se penche sur l'évolution de l'état de santé jusqu'à la prise d'une décision sur opposition. Il incombe ainsi à l'assureur de procéder aux investigations nécessaires pour la période concernée (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015 ad art. 43 LPGA, p. 572 n. 21 et la référence à un arrêt cantonal publié in SVR 2006 IV n° 17 dans lequel les juges avaient estimé que le principe inquisitoire avait été violé en tant que l'office de l'assurance invalidité s'était fondé sur une expertise vieille de 15 ans malgré la mise en évidence d'un substrat médical nouveau par le médecin traitant généraliste de l'assuré). En présence de cas complexes, tels ceux dans lesquels il existe, après un traumatisme de la colonne cervicale, une persistance des symptômes dans la durée, une évaluation pluridisciplinaire par des spécialistes est en règle générale indiquée (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.3).

E. 10

a. 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). 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). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 ;

A/1163/2018 - 22/25 - SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 11

En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de la décision du

E. 16

avril 2014 avec celle prévalant au moment de la décision sur opposition du 26 février 2018 afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision initiale du 16 avril 2014 se fondait, d'un point de vue orthopédique, sur les avis du Dr J_____ du 29 mars 2013 et du 12 juillet 2013 et, d'un point de vue psychiatrique, sur l'examen psychiatrique du 5 juin 2013 du Dr C_____. Le 1er mai 2015, l'assurée a formé, par l'intermédiaire du Dr L_____, une demande de révision de rente en faisant valoir une diminution de sa capacité de travail à 60 % en raison d'une aggravation de ses douleurs cervicales. Après avoir admis, par décision sur opposition du 8 décembre 2016, le versement d'indemnités journalières pour l'incapacité de travail totale du 3 février au 13 mars 2016 (et donc un lien de causalité entre cet arrêt de travail et l'accident du 29 octobre 2009), l'intimée a reconsidéré sa position le 15 décembre 2016 en faisant savoir à la recourante qu'elle acceptait son opposition du 24 mai 2016 en ce sens qu'elle reprenait l'instruction du cas mais non le paiement d'indemnités journalières. En d'autres termes, l'intimée est entrée en matière sur la demande de révision en vue de déterminer s'il existait, d'un point de vue médical, une aggravation de l'état de santé de la recourante et, dans l'affirmative, s'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existait un lien de causalité entre ladite aggravation et la réduction de la capacité de travail à 60 %. Par décision du

E. 17

octobre 2017, confirmée sur opposition le 26 février 2018, l'intimée a rejeté la demande de révision de rente en faisant valoir que la recourante n'avait pas apporté la preuve de l'existence d'une aggravation des troubles en lien de causalité avec l'accident. Pour tirer cette conclusion, l'intimée s'est fondée, d'un point de vue orthopédique, sur les avis du Dr J_____ des 31 mars 2016, 16 mars 2017 et 8 août 2017 et, d'un point de vue psychiatrique, sur les appréciations du Dr C_____ du 19 avril 2017 et 26 juillet 2017. Avant d'examiner la valeur probante de ces rapports médicaux, il convient de rappeler préalablement qu'il est constant que la recourante a souffert, le 29 octobre 2009, d'un traumatisme cranio-cérébral et que même si l'intimée a estimé, lors de l'octroi de la rente en avril 2014, qu'il n'y avait pas de limitation orthopédique et que l'exigibilité d'une reprise progressive de l'activité habituelle était laissée à l'appréciation des psychiatres (cf. avis du Dr J_____ du 29 mars 2013), elle n'en a pas moins continué à prendre en charge, après l'octroi de la rente, non seulement des séances de psychothérapie mais aussi des injections au visage pour les cicatrices, des antalgiques ainsi que des séances de « physiothérapie, thérapie manuelle ». En effet, selon la jurisprudence relative aux traumatismes de type « coup du lapin », traumatismes cranio-cérébraux ou autres traumatismes analogues, il n'y a pas lieu de distinguer entre les troubles physiques et psychiques

A/1163/2018 - 23/25 - du cas car il n'est pas décisif, pour l'appréciation du lien de causalité adéquate (qui est une question juridique), à tout le moins en cas d'accident revêtant une certaine gravité, que les plaintes consécutives à un tel traumatisme soient, d'un point de vue médical, plutôt d'origine organique ou psychique, d'autant qu'une telle distinction se heurte parfois à des difficultés considérables au vu de la complexité d'un tableau clinique protéiforme (ATF 134 V 109 consid. 6.2.1 et 10.1). Aussi importe-t-il, en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin », cranio-cérébral (ou assimilé) laissant présager la persistance, voire la chronicisation de troubles, de procéder à une évaluation médicale pluridisciplinaire axée sur des investigations neurologiques, orthopédiques, psychiatriques et, cas échéant, neuropsychologiques (ATF 134 V 109 consid. 9.3 à 9.5). 12. En l'espèce, de telles investigations pluridisciplinaires ont bien été menées à la CRR du 25 janvier au 8 février 2012. L'intimée s'en est en revanche abstenue dans le cadre de la demande de révision formée le 1er mai 2015, bien qu'elle ait déclaré reprendre l'instruction du cas (cf. décision du 15 décembre 2016). Or, force est de constater que cette lacune est mise en exergue par le Dr J_____ lui-même en tant qu'il indique, dans son appréciation du 8 août 2017, qu'il ne peut pas se prononcer sur les incapacités de travail dans la mesure où aucune évaluation somatique n'est disponible de la part du médecin traitant et que « dans l'état du dossier », les incapacités de travail attestées depuis le droit à la rente ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. Ainsi, contrairement à ce que soutient l'intimée dans sa réponse du 3 mai 2018, il serait erroné (et contradictoire par rapport à la prise en charge d'antalgiques et de séances de physiothérapie après la rente) de considérer qu'au vu du défaut de causalité entre l'accident et les douleurs au moment de l'octroi de la rente, il ne serait « pas déterminant de chercher à savoir si de telles douleurs ont connu ou non une aggravation que l'on pourrait constater, une atteinte organique devant être niée ». Quant au caractère dégénératif de l'aggravation – des troubles de la nuque – retenu par le Dr J_____ (appréciation du 16 mars 2017), il ne convainc pas dans la mesure où ce médecin s'abstient, même d'un point de vue orthopédique, d'indiquer sur quel(s) rapport(s) il se fonde pour aboutir à une telle conclusion et pour quel motif il y parvient. Au demeurant, la recourante a bien versé au dossier une IRM cervicale du 31 janvier 2017 dont les conclusions (perte de lordose physiologique et discopathie C5-C6) ne se recourent pas avec les précédentes IRM de la colonne cervicale et constituent donc objectivement un élément nouveau. En l'absence de référence expresse à ce rapport du 31 janvier 2017, on ignore cependant comment le médecin d'arrondissement se détermine à ce sujet. S'agissant du volet psychique du cas, la chambre de céans constate que le Dr C_____, dans son appréciation du 19 avril 2017, indiquait les motifs pour lesquels il ne pouvait retenir, en l'état, de lien de causalité entre le diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par le Dr N_____ (diagnostic réfuté par le Dr C_____ dans ses rapports du 22 septembre 2010 et 6 juin 2013) et l'accident

A/1163/2018 - 24/25 - du 29 octobre 2009. Or, force est de constater que les précisions supplémentaires souhaitées par le Dr C_____ n'ont pas été relayées par le gestionnaire du dossier puisque ce dernier a relancé le Dr N_____ en lui demandant d'indiquer « quelle est la gravité de la symptomatologie psychique qui conditionne le handicap généré ? ». Et le Dr C_____ d'ajouter le 26 juillet 2017 que le rapport du 11 juillet 2017 du Dr N_____ ne répondait pas « aux questions demandées ». Au vu de ces éléments, la décision entreprise repose sur une instruction très lacunaire et des appréciations médicales qui ne le sont pas moins et qui se révèlent, partant, dénuées de valeur probante. Quant aux rapports des médecins traitants, ils ne sont pas suffisamment précis pour savoir si l'aggravation des douleurs alléguée est corrélée par une aggravation de l'état de santé en lien avec l'accident

du 29 octobre 2009 et si celle-ci est effectivement de nature à justifier une incapacité de travail de 100 % ou 40 %. En l'état actuel, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de déterminer s'il existe, depuis la décision de rente du 16 avril 2014, une aggravation de l'état de santé de la recourante en lien de causalité avec l'événement du 29 octobre 2009. En conséquence, la décision sur opposition du 26 février 2018 doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant à tout le moins un volet neurologique, orthopédique et psychiatrique. Cela fait, il incombera à l'intimée de rendre une nouvelle décision. 13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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 – E5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1163/2018 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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