

## **GE\_GERICHTE A/662/2017 vom 20. November 2017**

GE Cour de justice, 2017-11-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_662\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_662_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/662/2017 du 20 novembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/662/2017 del 20 novembre 2017

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.11.2017 A/662/2017

A/662/2017 ATAS/1037/2017 du 20.11.2017 ( LAA ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 10.01.2018, rendu le 22.02.2019, REJETE, 8C\_7/2018 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/662/2017 ATAS/1037/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 20 novembre 2017 6 ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VESENAZ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante contre HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, service juridique assurances de personnes, sise Dufourstrasse 40, ST. GALLEN intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1968, a travaillé dès 1994 en tant que secrétaire à 100 % auprès du département de l'instruction publique de l'Etat de Genève, plus précisément de l'office de formation, devenu depuis lors l'office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue (ci-après : OFPC). A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de La Nationale suisse assurances SA reprise depuis lors par Helvetia compagnie suisse d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimé) ![endif]>![if> 2. Le 24 novembre 2003, alors qu'elle était enceinte de cinq mois, elle a été victime d'un accident de la circulation. En traversant la chaussée sur un passage pour piétons dont la signalisation lumineuse était au vert, elle a été renversée par un cycliste qui n'a pas respecté le feu rouge. Elle a été hospitalisée au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 24 au 29 novembre 2013, puis transférée à la clinique Jolimont où elle a séjourné jusqu'au 2 décembre 2013.![endif]>![if> 3. Selon le rapport de sortie du 28 novembre 2003 établi par le docteur B\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du service de neurochirurgie des HUG, l'assurée avait subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance associé à des amnésies circonstancielle et rétrogrades. Le CT-scan effectué à l'entrée avait révélé une fracture de l'écaille temporale, un trait de fracture passant par le rocher gauche et une contusion hémorragique frontale droite. L'assurée se plaignait de céphalées importantes, de nausées et de vomissements. Une consultation ORL avait également mis en évidence la présence d'un hémato-tympan et d'une probable cupulolithiase qui serait à l'origine de ses vertiges. Dans son rapport du 19 janvier 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée se plaignait encore d'une lourdeur et d'une raideur de la nuque, d'une fatigabilité plus importante, d'une anosmie et d'une agnosie. Une incapacité de travail entière avait été attestée jusqu'au 21 mars 2004, date de son accouchement.![endif]>![if> 4. Le 9 février 2004, l'assureur a informé l'assurée qu'il prenait en charge les suites de cet accident, soit les frais de traitement et les indemnités journalières.![endif]>![if> 5. Le 1 er septembre 2004, à l'échéance de son congé-maternité et présentant une incapacité de travail de 40 %, l'assurée a repris le travail à 60 %.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 2 août 2005, le

docteur C\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie buccale des HUG, a diagnostiqué une luxation méniscale réductible gauche et une subluxation condylienne bilatérale.![endif]>![if> 7. Le 9 septembre 2005, l'assureur a mis en œuvre une expertise médicale auprès du centre d'expertise médicale (CEMed) à Nyon, afin notamment d'examiner le lien de causalité actuel, l'incapacité de travail dans la profession actuelle et dans une activité adaptée, ainsi que l'atteinte à l'intégrité.![endif]>![if> 8. Dans leur rapport d'expertise du 17 janvier 2006 consécutif aux consultations des 25 octobre et 8 novembre 2005, les docteurs D\_\_\_\_\_, neurologue FMH, E\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, F\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologue FMH et Madame G\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, ont diagnostiqué un status après polytraumatisme ayant entraîné un traumatisme crânien cérébral (TCC) avec commotion et contusion hémorragique frontale droite, une fracture du rocher et de l'écaïlle temporale gauches, une anosmie, une cupulolithiase gauche, une atteinte de articulation temporo-mandibulaire (ATM) gauche, ainsi qu'un syndrome post-commotionnel et post-contusionnel modéré persistant, un probable vertige paroxystique positionnel bénin post-traumatique persistant (malgré la normalité du bilan otoneuroves-tibulaire détaillé) et une dysthymie. Selon les experts, l'évolution des troubles était globalement favorable. Néanmoins, persistaient encore un syndrome post-commotionnel modéré, quelques cervico-scapulalgies post-traumatiques et quelques vertiges positionnels. Le bilan objectivait une anosmie sans participation des modalités fondamentales du goût et une dysthymie sans signes révélateurs d'un état de stress post-traumatique. Sur le plan thérapeutique, l'anosmie était très certainement définitive et ne pouvait pas être influencée par des moyens thérapeutiques. Au vu de la gravité des atteintes initiales (notamment la présence d'une contusion hémorragique frontale droite), une incapacité de travail de 40 % paraissait justifiée pour une période de cinq ans à partir de l'accident. Si une incapacité de travail devait persister au-delà, une réappréciation de la capacité de travail effective devrait être effectuée au travers d'une expertise. Il était proposé la poursuite du traitement antalgique à la demande pour les maux de tête. Il n'y avait pas d'état antérieur, étranger concomitant ou une maladie intercurrente. L'ensemble des plaintes et des troubles constatés étaient en relation de causalité certaine avec l'accident. Le cas ne pouvait pas être considéré comme complètement stabilisé, une éventuelle amélioration ultérieure de la capacité de travail était possible. On pouvait espérer de l'accoutumance aux handicaps et de l'amélioration spontanée de l'état neurologique de l'assurée une amélioration ultérieure de la capacité de travail. Les troubles constatés étaient vraisemblablement définitifs. L'activité de secrétaire exercée par l'assurée était adaptée à son état. Il était très peu probable qu'une modification de l'activité professionnelle entraînât une amélioration de la capacité de travail. L'anosmie justifiait une perte à l'intégrité de 15 % et le syndrome post-commotionnel ainsi que les cervicalgies entraînaient une perte à l'intégrité de 10 %. Ces pourcentages tenaient compte d'une éventuelle aggravation ultérieure de l'état de l'assurée. Les atteintes otoneurovestibulaire, psychique et neuropsychologique n'entraînaient pas d'atteinte à l'intégrité.![endif]>![if> 9. Dans leur rapport du 21 mars 2006 faisant suite aux questions complémentaires de l'assureur, les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ont précisé que le taux d'incapacité de travail de 40 % se rapportait à une activité en tant que secrétaire à plein temps.![endif]>![if> 10. Le 3 juillet 2006, l'assureur a mis en œuvre une expertise ophtalmologique auprès du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, afin de connaître précisément les séquelles ophtalmologiques. Dans son rapport du 6 décembre 2006 consécutif à l'examen du 3 novembre 2006, l'expert a diagnostiqué en lien avec l'accident un déficit campimétrique à

l'œil droit séquellaire au traumatisme crânien du 24 novembre 2003, post-traumatique, sur probable contusion ou commotion du nerf optique droit. L'accident avait très vraisemblablement provoqué un traumatisme conjoint du tractus olfactif, responsable de l'anosmie, une contusion frontale droite et une commotion ou une contusion du nerf optique droit, soit de sa portion intracrânienne, soit éventuellement de sa partie intra-orbitaire. Ces lésions campimétriques n'engendraient aucune incapacité de travail. L'atteinte à l'intégrité concernant les lésions du champ visuel de l'œil droit était de 6 %.

11. Par décision du 8 mai 2006, entrée en force, l'assureur a reconnu l'existence d'une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 janvier 2004, puis de 40 % dès le 1<sup>er</sup> février 2004. Il a octroyé à l'assurée une rente transitoire d'invalidité de 40 % avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> décembre 2005 après comparaison des revenus de secrétaire avec et sans invalidité. Au vu des conclusions des experts du CEMed, qui avaient pleine valeur probante, une nouvelle évaluation serait effectuée aux termes des cinq ans d'incapacité de travail retenue par les experts. L'assureur a également reconnu le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % pour l'anosmie (15 %), ainsi que pour le syndrome post-commotionnel et les cervicalgies (10 %). Puis, par nouvelle décision du 7 mai 2007, entrée en force, l'assureur a porté le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 31 % en tenant compte également des séquelles ophtalmologiques (6 %).

12. De son côté, par décision du 24 avril 2007, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), auprès duquel l'assurée avait déposé une demande de prestations, a également reconnu celle-ci invalide à 40 % sur la base de l'expertise du CEMed et lui a octroyé un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2005 au vu de la tardiveté de la demande déposée le 21 avril 2006.

13. Par décision du 11 juin 2007, entrée en force, l'assureur a transformé la rente transitoire d'invalidité de 40 % en rente définitive d'invalidité de 40 % afin de tenir compte de la rente de l'assurance-invalidité. Il a repris les mêmes calculs que dans sa décision de rente provisoire.

14. En septembre 2007, l'assurée a sollicité la révision de ses rentes, alléguant une aggravation de son état de santé. Elle a produit un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2007 établi par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant. Ce dernier a indiqué que l'assurée continuait à présenter des migraines, des douleurs au bras droit irradiant à la nuque, à la mâchoire droite et à l'oreille droite, ainsi qu'une fatigabilité anormale du membre supérieur droit. Aussi, l'état de santé de l'assurée exigeait que sa capacité de travail de l'assurée fût désormais limitée à 40 % depuis le 17 septembre 2007, soit des matinées de quatre heures par semaine entrecoupées par un jour de repos.

15. Le 21 novembre 2007, l'employeur a annoncé à l'assureur une rechute, l'assurée étant en incapacité de travail à 20 % depuis le 17 septembre 2007.

16. L'assurée s'est soumise le 30 novembre 2007 à une expertise privée auprès du docteur J\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH. Dans son rapport du 14 janvier 2008, l'expert a diagnostiqué un status après TCC en 2003 avec contusion cérébrale frontale droite, fracture de l'écaille temporale droite, fracture longitudinale du rocher gauche, un syndrome subjectif des traumatisés crâniens modéré, une anosmie post-traumatique, une dysthymie et un status après contusion de l'ATM gauche, actuellement sans séquelle. Il existait au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité naturelle entre les troubles de la santé constatés et l'accident du 24 novembre 2006 (recte : 2003). L'expert a observé à l'examen clinique une légère déviation gauche de la mâchoire à l'ouverture de la bouche. L'examen neurologique était strictement normal. Les séquelles de l'accident consistaient en un syndrome post-commotionnel avec atteinte des fonctions supérieures, sous forme aussi d'une fatigabilité, de discrets troubles mnésiques et

de discrets troubles dans la sphère maxillo-faciale qui étaient en rapport avec une possible lésion de l'ATM gauche apparemment négligeable, une perte de l'odorat définitive et subjectivement une altération du goût. L'IRM cérébrale du 7 décembre 2007 mettait en évidence un élargissement de l'espace sous-arachnoïdien fronto-basal droit, dans une moindre mesure à gauche qui était une conséquence de l'atrophie cérébrale localisée en rapport avec l'accident de 2003. S'agissant des cervico-brachialgies gauches mentionnées pour la première fois dans l'expertise du CEMed presque trois ans après l'accident, le versant cervical pouvait entrer dans le cadre du syndrome non spécifique des traumatisés crâniens. La capacité de gain avait été estimée à 60 % de façon purement empirique, au début de la phase post-accidentelle. Il était apparu au fil des mois et des années que l'assurée avait par moment des difficultés à suivre ce rythme, en raison d'une fatigabilité et d'une efficacité moindre, ce qui pouvait la mettre dans une situation d'échec et lui faisait atteindre un état d'épuisement après avoir toutefois supporté la situation pendant plusieurs années. Compte tenu des phénomènes d'adaptation, de l'accoutumance et de la mise en place de mécanisme de défense, d'une part, et du fait que tous les moyens thérapeutiques n'avaient peut-être pas été exploités de façon optimale, d'autre part, une capacité de travail exigible de 50 % semblait appropriée avec un rendement de 80 %, en raison de la fatigabilité. Il n'y avait ni statu quo sine , ni statu quo ante .!> 17. L'assureur a mis en œuvre une nouvelle expertise médicale auprès du CEMed afin de lui permettre de se prononcer sur l'aggravation survenue récemment. Selon le rapport du 9 avril 2008 du Dr D\_\_\_\_\_ consécutif à son examen du 19 mars 2008, il persistait quelques troubles de la mémoire et de la concentration. alors que les acouphènes avaient disparu. L'assurée ne signalait pas particulièrement une aggravation de ses troubles par rapport à la situation de 2005 ou l'apparition de troubles nouveaux. Néanmoins, elle considérait que la symptomatologie était devenue suffisamment lourde et épuisante pour justifier une diminution de sa capacité de travail préalable de 60 % à 40 %. Elle exprimait plutôt un état d'épuisement secondaire aux troubles qu'une aggravation qualitative et quantitative de ceux-ci. Au terme du présent bilan, il n'y avait aucun élément permettant d'objectiver une aggravation des atteintes secondaire à l'accident de 2003 ou une atteinte ultérieure à la santé depuis la précédente expertise. Il n'y avait aucun élément pertinent permettant de penser qu'une dégradation significative de la capacité de travail était intervenue depuis la précédente expertise. En l'état actuel des choses, il persistait une incapacité de travail de 40 % dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible de la part de l'assurée. L'expert estimait que la reconnaissance d'une incapacité de travail de 40 % en lien avec l'évènement accidentel était particulièrement « généreuse » compte tenu de la discrétion des anomalies objectives mises en évidence au présent bilan et de l'absence d'anomalies significatives objectivées sur le plan otoneurologique et neuropsychologique lors de l'examen préalable. La cause essentielle de l'incapacité de travail était le syndrome post-commotionnel et notamment, les céphalées ainsi que les cervico-brachialgies non déficitaires. Compte tenu du temps écoulé depuis l'accident, l'incapacité de travail partielle résiduelle était définitive, et l'état de santé de l'assurée devait être considéré comme stabilisé, de même que la perte à l'intégrité. Le statu quo ante n'avait pas été atteint et ne le serait vraisemblablement jamais.> 18. Dans son rapport complémentaire du 30 mai 2008, le Dr J\_\_\_\_\_ a observé que le Dr D\_\_\_\_\_ passait sous silence l'absence totale de libido de l'assurée, ainsi que la notion d'épuisement et de burn-out sur le plan de l'activité professionnelle. Le taux de capacité de travail de 60 % avait été adopté de manière purement empirique. Cela avait créé une situation assez difficile

pour l'assurée qui peinait à suivre ce rythme en raison d'une fatigabilité et d'une efficacité moindre. De ce fait, plutôt que de s'améliorer avec le temps, comme on aurait pu s'y attendre, la situation s'était aggravée et l'assurée avait dû lutter pour maintenir ce taux de 60 %. Il en était résulté une situation d'épuisement. Le Dr J\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il avait fixé le rendement à 80 % en raison de la fatigabilité et des migraines.!

19. Dans son rapport complémentaire du 8 septembre 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne lui avait signalé aucun problème de libido lors de l'entretien. Il convenait volontiers qu'un taux de capacité de travail de 60 % était probablement cause de fatigue pour l'assurée, mais cela ne suffisait pas pour justifier une diminution de la capacité de travail de 60 à 40 % sans qu'aucun élément déterminant ne fût intervenu entre les deux expertises. Il a rappelé l'obligation de l'assurée d'accomplir tous les efforts possibles pour maintenir une capacité de travail aussi importante que possible.!

20. Faisant suite au courrier de l'assureur du 14 avril 2009 qui considérait que selon l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, il n'y avait aucun motif de révision et qui faisait part de son intention d'établir une décision formelle en cas de désaccord, l'assurée a proposé à l'assureur, le 21 avril 2009, de surseoir à la notification d'une décision formelle dans l'attente de l'issue de la procédure de révision AI actuellement en cours.!

21. A la suite de la décision du 18 décembre 2007 de l'OAI refusant d'entrer en matière sur la demande de révision, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent (A/294/2008). Entendu le 6 novembre 2008 dans le cadre de la procédure judiciaire, le Dr J\_\_\_\_\_ a confirmé son expertise du 14 janvier 2008. Il a précisé que les douleurs de la recourante étaient toujours présentes et s'étaient légèrement accentuées. Lors de l'examen clinique effectué en vue de l'expertise du 14 janvier 2008, il n'avait pas objectivé une péjoration de la situation de santé de l'assurée, qui s'était même légèrement améliorée depuis l'époque de l'accident. Aujourd'hui, il ne lui paraissait pas possible d'objectiver ou de chiffrer une évolution de l'état de santé de l'assurée depuis une année, hormis la problématique professionnelle. !

L'assurée a produit dans la procédure un rapport d'expertise privée établi le 16 décembre 2008 par la docteure K\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). L'assurée avait présenté un trouble panique dans sa jeunesse et un épisode dépressif à l'âge de 24 ans. L'évaluation avait mis en évidence une tendance à l'évitement des émotions négatives. La répression de la tristesse était possiblement liée au vécu traumatique de la dépression sévère et du suicide de la mère de l'assurée, ainsi qu'à des craintes d'une évolution semblable. L'évitement des affects concernait également les sentiments de colère et de révolte qui étaient très inhibés chez l'assurée. Ces processus défensifs l'avaient probablement empêchée d'entamer un processus de deuil et d'acceptation des conséquences de l'accident. La capacité de travail actuelle devait tenir compte de la période de changement (départ de l'enfant accueilli, séparation du couple) qui représentaient des facteurs de stress. En prenant en considération ces éléments, ainsi que l'évolution ces dernières années, elle concluait à une capacité de travail de 40 %. Au-delà de ce taux, le cercle vicieux de la surcharge provoquant la fatigue et les migraines risquait fortement de se réinstaller. Il y avait un trop grand nombre de variables pour pouvoir raisonnablement se prononcer sur une évolution future. Une réévaluation dans une année pourrait permettre de refaire le point sur l'état de santé de l'assurée. L'incapacité de travail de celle-ci s'était péjorée à partir de 2007, les capacités d'adaptation de l'assurée ayant progressivement été dépassées. Un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur étaient à mettre en place. Après que le TCAS ait rejeté le recours par arrêt du 30 avril 2009 ( ATAS/556/2009 ), le

Tribunal fédéral a admis par arrêt du 1<sup>er</sup> mars 2010 ( 9C\_537/2009 ) que le rapport d'expertise de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2008 faisait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée survenu dans le cours de l'année 2007 et a renvoyé la cause à la juridiction cantonale pour prise en compte dudit rapport et nouveau jugement. Entendue le 10 juin 2010 dans le cadre de la procédure de renvoi (A/294/2008), la Dresse K\_\_\_\_\_ a expliqué que son diagnostic reposait sur les critères de la CIM-10, soit l'anamnèse et le status. L'échelle de HAMILTON avait été utilisée en complément, car elle permettait de quantifier les symptômes décrits par le patient et de dépister des symptômes comme, par exemple, ceux d'une dépression masquée. Certains éléments pouvaient être constatés, notamment les ralentissements, l'anxiété ou la fatigabilité. Sans faire usage de cette échelle, elle aurait posé le même diagnostic. S'agissant de l'expertise du CEMed du 17 janvier 2006, elle contenait des contradictions en tant qu'elle retenait une dysthymie tout en indiquant que l'état de santé de l'assurée n'atteignait pas un seuil diagnostique, n'expliquait pas le diagnostic retenu et ne discutait pas les critères de dépression selon la CIM-10. La Dresse K\_\_\_\_\_ a expliqué qu'une des caractéristiques de l'assurée était que l'on ne discernait pas son humeur dépressive au premier abord, en raison d'une attitude de défense. Elle avait elle-même constaté des moments d'effondrement. Il avait fallu approfondir les choses et notamment évoquer le suicide de sa mère, qui n'avait pas été mentionné dans les précédentes expertises. S'agissant de la capacité de travail, l'assurée voulait continuer à travailler, mais ne parvenait pas à tenir le rythme de 60 %. Selon la Dresse K\_\_\_\_\_, l'état d'épuisement qu'elle avait mentionné à partir de septembre 2007 correspondait à la diminution de la capacité de travail retenue par le médecin traitant, mais elle pensait que l'état d'épuisement était déjà présent plusieurs mois auparavant, sans qu'elle pût se prononcer exactement. Le TCAS, respectivement la chambre de céans ont invité l'OAI à entrer en matière sur la demande de révision dès lors que le rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ - qui avait pleine valeur probante - diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ce qui représentait une aggravation sur le plan psychiatrique par rapport au diagnostic de dysthymie retenu dans le cadre de l'expertise du CEMed du 17 janvier 2006 (cf. arrêt du 16 septembre 2010 ATAS/948/2010 ) et à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (cf. arrêt du 27 août 2014 ATAS/942/2014 ). 22. Le 15 mai 2014, l'assureur a initié une réévaluation périodique du droit aux prestations. Selon le questionnaire complété le 5 juin 2014, l'assurée a considéré que son état de santé était stable depuis 2008, année à partir de laquelle elle n'exerçait plus d'activité professionnelle. Les plaintes exprimées auprès du Dr J\_\_\_\_\_ en janvier 2008 étaient encore valables. Toutefois, la perception des douleurs et des raideurs de la nuque avait plutôt empiré. 23. Faisant suite au courrier de l'assureur du 30 juin 2014 qui l'informait de son intention de réviser la rente LAA et de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique auprès du CEMed, l'assurée a proposé le 9 juillet 2014 à l'assureur, par économie de procédure, d'attendre le résultat de l'expertise pluridisciplinaire requise dans le cadre de la procédure de révision AI, par le biais de la plateforme SuisseMED@P. 24. Le mandat d'expertise pluridisciplinaire a été confié le 7 mai 2015 à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : PMU). L'assurée a fait l'objet d'un examen de médecine interne le 23 juin 2015, d'un consilium psychiatrique le 14 juillet 2015, d'un consilium neuropsychologique le 16 juillet 2015 par Madame L\_\_\_\_\_, neurologue FSP, d'un consilium neurologique le 17 juillet 2015 par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et d'un consilium rhumatologique le 5 août 2015 par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

25. Dans leur rapport du 8 septembre 2015, les experts de la PMU ont précisé que leurs conclusions avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence des doctresses O\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine interne, et du docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ils ont diagnostiqué avec influence sur la capacité de travail, un syndrome post-commotionnel après TCC le 24 novembre 2003 avec commotion et contusion hémorragique frontale droite, fracture du rocher et de l'écaïlle temporale gauche, anosmie, cupulolithiase gauche et atteinte de l'ATM gauche, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel au décours (F33.0) -, ainsi que des céphalées d'origine multifactorielle, dans le cadre du syndrome post-commotionnel et à caractère migraineux. Sans influence sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué des douleurs chroniques des mains d'origine indéterminée. Les plaintes actuelles concernaient des céphalées, des cervicalgies, des douleurs articulaires des mains, quelques vertiges occasionnels, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. L'examen clinique ne mettait pas en évidence de limitation fonctionnelle d'un point de vue ostéo-articulaire, notamment en ce qui concernait les mains ou encore la colonne cervicale, ce qui était confirmé radiologiquement. Le status neurologique était normal à l'exception d'une anosmie bilatérale post-commotionnelle connue. Globalement d'un point de vue neurologique, il n'y avait pas d'élément objectif témoignant d'une aggravation depuis l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ en automne 2005, respectivement en mars 2008. Tous les moyens thérapeutiques n'avaient pas été exploités de façon optimale pour les migraines. S'agissant du volet psychiatrique, l'entretien, l'anamnèse et les rapports médicaux permettaient de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Rétrospectivement, on pouvait conclure à la présence d'un état dépressif récurrent avec un premier épisode dépressif avéré à l'âge de 22 ans, puis un deuxième état dépressif lors du suicide de la mère de l'assurée en 1992. Par la suite, anamnestiquement, il y avait eu un épisode dépressif dans le post-partum en 2004, probablement sous-diagnostiqué et non traité, et, en septembre 2007, un état d'épuisement lié aux crises migraineuses auquel participait probablement un état dépressif. Un dernier épisode dépressif avait eu lieu fin 2008, suite à la rupture conjugale, et avait évolué favorablement sous traitements médicamenteux antidépresseurs. Depuis mi-2009, l'état psychique fluctuait au gré des crises migraineuses et était plutôt bon en l'absence de ces crises, ce qui ne permettait pas de retenir actuellement un état dépressif constitué. Le colloque de synthèse avait retenu une évolution progressivement favorable depuis l'accident de novembre 2003, l'absence lors de l'examen de toute anomalie objective tant sur le plan neurologique que neuropsychologique et un état dépressif au décours. L'irritabilité, l'intolérance au stress, le sentiment d'impuissance demeuraient présents dans le contexte post-traumatique, compatibles avec un syndrome post-commotionnel. Les experts ont conclu à une aggravation sur le plan psychique en septembre 2007, probablement de manière continue jusqu'à mi-2009, où l'amélioration psychique avait été constatée, avec une incapacité de travail de 60 % (exacerbation de migraines avec état dépressif intermittent et syndrome post-commotionnel). Depuis mi-2009, où l'état psychique était stabilisé et nettement amélioré anamnestiquement, les experts renaient une limitation globale de la capacité de travail au maximum de 20 à 30 %. Depuis mi-2009, il n'y avait plus d'éléments objectifs d'aggravation au plan psychique. L'examen neurologique était normal. Les migraines étaient améliorables par la mise en place d'un traitement de fond et l'état neuropsychologique était également normal. Ainsi, en dehors du syndrome post-commotionnel, il n'y avait pas de raison d'admettre de limitation concernant toute activité professionnelle, en particulier celle exercée par

l'assurée, de sorte qu'ils pouvaient retenir une limitation globale de la capacité de travail d'au maximum 20 à 30 %, surtout s'agissant du rendement. La capacité de travail pouvait être améliorée par un suivi neurologique spécialisé essentiellement en ce qui concernait les migraines et la possibilité d'un traitement de fond. Ce traitement était exigible de l'assurée et sa durée nécessaire probable était de plusieurs mois, voire années. On pouvait espérer par la suite la mise en œuvre d'une capacité de travail d'au moins 60 %. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges, les travaux lourds, les nuisances diverses (bruit, poussières, environnement trop bruyant en raison du syndrome post-commotionnel). Elles nécessitaient également de la souplesse concernant les horaires et un travail sans rendement très soutenu en raison de l'irritabilité, de l'intolérance au stress et du sentiment d'impuissance. Dans un emploi adapté, on pouvait espérer une capacité de travail d'au moins 80 % à partir de mi-2009. Les 20 % de baisse de capacité de travail tenaient compte d'une baisse de rendement liée à la fatigabilité, à la nécessité d'avoir des horaires souples et au besoin de prendre des poses régulières 26. Dans un avis du 8 décembre 2015, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a considéré que l'expertise de la PMU qui prenait en compte les plaintes de l'assurée, s'appuyait sur un examen clinique approfondi et était complétée par des examens paracliniques adéquats, était convaincante. De plus l'appréciation de la situation médicale et les conclusions étaient claires, motivées et cohérentes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. 27. Par décision du 17 mai 2016, l'assureur a révisé la rente d'invalidité de l'assurée et l'a réduite à 20 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, considérant, sur la base des conclusions de l'expertise de la PMU, que son état de santé s'était amélioré depuis la mi-2009 et qu'elle disposait d'une capacité de travail d'au moins 80 % dans sa profession habituelle d'employée de bureau. L'assurée pouvant exercer son ancienne activité professionnelle ou une activité exigeant le même niveau de qualification, l'assureur a pris en compte les mêmes données pour le calcul des gains de valide et d'invalidé, à savoir les salaires statistiques 2014 pour les femmes, toutes tâches confondues avec un niveau de compétence 3 (recte : 2). Après avoir mis en doute qu'une baisse de rendement de 20 % fût justifiée dès lors que les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée étaient compatibles avec une activité d'employée de commerce, il a considéré qu'un abattement sur le revenu d'invalidé n'était pas justifié. Au vu de la réduction des prestations en cours, l'effet suspensif d'une éventuelle opposition était retiré. 28. L'assurée a formé opposition le 14 juin 2016 et a requis préalablement l'octroi de l'assistance juridique dans le cadre de la procédure d'opposition, ainsi que la restitution de l'effet suspensif. Elle a contesté que le rapport d'expertise du 8 septembre 2015 attestât d'une amélioration notable de son état de santé. En considérant que l'appréciation faite en 2005 était particulièrement généreuse, les experts avaient procédé à une appréciation postérieure divergente d'un état de fait inchangé, ce qui n'était pas un motif de révision de rente. Par ailleurs, le rapport d'expertise n'avait pas de valeur probante dès lors qu'il était peu clair et contradictoire. Ainsi, il parlait d'une baisse de rendement de 20 à 30 %, puis d'une incapacité de travail de 20 à 30 %, avant de retenir une capacité de travail exigible de 60 % moyennant un suivi médical approprié, et enfin, d'évoquer une capacité de travail d'au moins 80 %, la baisse de la capacité de travail tenant compte d'une baisse de rendement. 29. Par décision sur opposition du 22 juin 2016 sur requête en restitution de l'effet suspensif, l'intimé a rejeté ladite requête. 30. A la suite du recours formé le 8 juillet 2016 par l'assurée (A/2364/2016) contre ladite décision, qui concluait à l'annulation de celle-ci et à la restitution de l'effet suspensif, la chambre de céans a rejeté le recours par arrêt du 10 août

2016 ( ATAS/616/2016 ). Elle a considéré que les prévisions quant à l'issue du litige n'étaient pas suffisamment certaines pour admettre la restitution de l'effet suspensif, ce d'autant plus que la situation financière de l'assurée faisait craindre qu'une éventuelle procédure de restitution des prestations versées à tort ne se révélât infructueuse.!

31. Par décision sur opposition du 27 janvier 2017, l'assureur a rejeté l'opposition et a accordé l'assistance juridique. Il a considéré que les conditions d'une révision de la rente d'invalidité étaient réalisées dès lors que les diagnostics et les constatations médicales relevés dans l'expertise du 8 septembre 2005 étaient beaucoup plus favorables que ceux prévalant dans les premières expertises au vu des conclusions et explications des experts de la PMU. Afin de tenir compte que l'état psychique de l'assurée n'était de loin pas strictement accidentel au vu des constatations de la Dresse K\_\_\_\_, mais bien plus une composante de la personnalité de l'assurée, et que les constatations aussi bien neurologiques que neuropsychologiques étaient en contradiction avec le ressenti subjectif de l'assurée, il y avait lieu de retenir les explications données par les experts de la PMU. Etant donné que l'assurée avait quitté son emploi à fin 2009, à l'issue d'une année sabbatique, sa renonciation à toute activité professionnelle était liée à sa situation personnelle (enfant, année sabbatique et divorce), de sorte qu'elle était en mesure de mettre à profit sa capacité de travail dans un poste correspondant à celui qu'elle occupait auparavant avec toutefois un rendement de 80 %. Aussi, le taux d'invalidité devait être déterminé selon la méthode de la comparaison en pour-cent.!

32. Par acte du 24 février 2017, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité de 40 % au-delà du 1<sup>er</sup> juin 2016. Elle a repris les griefs formulés dans son opposition. Elle a allégué que pour mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, elle n'avait trouvé qu'un emploi précaire à un taux de 12 à 15 % qu'elle avait rapidement dû abandonner en raison d'une exacerbation des céphalées. Elle a observé que les experts de la PMU se ralliaient à l'appréciation faite par le Dr D\_\_\_\_\_ en 2008 qui constatait, à l'époque, l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de modifier son appréciation précédente de septembre 2005. Par conséquent, il ressortait des constatations des experts que son état de santé était objectivement resté inchangé entre septembre 2005, mars 2008 et septembre 2015. Les appréciations des médecins de la PMU et du Dr D\_\_\_\_\_ de 2005, puis de 2008 divergeaient uniquement sur le plan de l'exigibilité. De plus, les médecins de la PMU avaient constaté une aggravation des céphalées tant en terme d'intensité que de fréquence depuis septembre 2007 surtout. Par ailleurs, les conditions d'une hypothétique reconsidération, dont l'intimé ne se prévalait pas, n'étaient pas davantage réalisées. En tout état de cause, au vu de l'avis médical sur lequel se fondait l'intimé, qui retenait une diminution de rendement de 20 à 30 %, celui-ci ne pouvait réduire la rente en-dessous d'un taux de 30 % sans éclaircir ce point. A titre de preuve, la recourante a mentionné l'audition du Dr I\_\_\_\_\_ et de la doctoresse Q\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.!

33. Dans sa réponse du 15 mars 2017, l'intimé a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Il a observé que dans son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ mentionnait un état dépressif réactionnel à l'accident du 24 novembre 2003 tout en précisant qu'elle n'avait jamais présenté d'état dépressif avant son accident. Dans la mesure où il n'avait pas connaissance des antécédents psychiatriques de la recourante, il y avait lieu de relativiser ses appréciations. Sa décision de révision faisait suite à l'expertise de la PMU et à la découverte que la recourante s'était alignée à deux reprises dans des courses à pied populaires en courant un 10 kilomètres à une vitesse

de 8,5 km/h. Il ne voyait pas comment la recourante souhaitait prouver la péjoration de son état depuis 2007 en faisant entendre la Dresse Q\_\_\_\_, alors que celle-ci n'avait établi aucun rapport médical ni dans le dossier LAA, ni dans le dossier AI. Les conditions d'une révision de rente étaient réalisées puisque les experts de la PMU mentionnaient une évolution progressivement favorable depuis l'accident de novembre 2003 et que la recourante ne présentait plus de dysthymie, soit un état psychique peu stable. Il n'y avait pas lieu d'examiner si les conditions d'une reconsidération étaient réalisées dès lors que l'intimé n'entendait pas demander un remboursement de prestations.!

34. Dans sa réplique du 6 juin 2017, la recourante a observé que l'intimé ne prenait pas position sur ses différents griefs. Son incapacité de travail et la rente qui en découlait n'étaient pas en lien avec son état psychique, mais avec les atteintes neurologiques consécutives à l'accident, à savoir le syndrome post-commotionnel, soit en particulier les céphalées et les cervicobrachialgies. Par conséquent, une hypothétique amélioration anamnétique de son état psychique, au demeurant contestée, n'aurait aucune incidence sur la question de l'exigibilité. Toutefois, les constatations des experts de la PMU faisaient état d'une aggravation des céphalées tant en fréquence qu'en intensité depuis 2004, soit des atteintes déterminantes quant à l'exigibilité. De plus, ceux-ci retenaient que son état de santé était demeuré inchangé depuis la reconnaissance après expertises d'une incapacité de travail de 40 %. Dans son rapport d'expertise du 6 juin 2017 qu'elle produisait dans la procédure, le docteur R\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, confirmait que les conclusions de la PMU procédaient d'une approche différente de celle du CEMed en son temps, sur la base d'une situation qui restait essentiellement inchangée. Dans la mesure où l'expert évaluait son incapacité de travail à 50 % avec un rendement de 80 %, il n'y avait aucune amélioration de sa capacité de travail permettant de réviser sa rente d'invalidité. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.!

Dans son rapport du 6 juin 2017 consécutif à son examen du 5 avril 2017, le Dr R\_\_\_\_ a indiqué que la recourante se plaignait essentiellement de migraines intenses survenant de façon intense au moins une fois par semaine et qui s'accompagnaient ou étaient déclenchées par des douleurs cervicales survenant surtout lors de la bascule postérieure de la nuque. Les vertiges persistaient, moins importants qu'autrefois, mais avec des épisodes paroxystiques intenses. La recourante avait de la peine à se concentrer et avait l'impression d'avoir une moins bonne mémoire qu'auparavant. Depuis quelques temps, elle se plaignait également de douleurs lombaires importantes. Divers traitements de fond avaient été tentés pour la migraine dont des triptans qui avaient été mal tolérés. Seuls le repos et l'isolation dans un environnement calme et obscur lui permettaient de supporter les douleurs (sonophobie et photophobie). A l'examen clinique, le Dr R\_\_\_\_ n'a pas constaté d'anomalie neurologique, mais un discret syndrome cervical avec des douleurs en particulier lors de la bascule postérieure de la tête. Il a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel, une anosmie post-traumatique avec altération du goût, des acouphènes à gauches, des vertiges paroxystiques, un syndrome post entorse cervicale, une dysthymie et une altération de l'image de soi-même. Depuis l'accident jusqu'à ce jour, l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de façon importante. Il s'était dégradé sur certains plans (céphalées, dysthymie, image de soi) et avec l'apparition de nouvelles douleurs telles que les lombalgies qui pouvaient être considérées comme un syndrome de compensation aux douleurs cervicales. Certains autres symptômes, tout en étant inchangés, avaient un peu moins d'impact sur la santé globale en raison de phénomènes de tolérance et d'adaptation (anosmie, agueusie, acouphène entre autres). La réponse était la même par rapport aux expertises du CEMed de 2006 et 2008. Les plaintes et

les symptômes étaient toujours les mêmes, le Dr R\_\_\_\_\_ ne partageait pas les conclusions du rapport d'expertise de la PMU qui se basaient essentiellement sur l'affirmation que les migraines pouvaient être améliorées par la mise en place d'un traitement de fond. Or, un tel traitement avait été tenté avec les triptans et avait dû être interrompu en raison de l'intolérance de la recourante à ce traitement. Au contraire des experts de la CEMed qui intégraient de façon nuancée le fait que les examens objectifs ne rendaient pas toujours compte de la répercussion des symptômes sur la qualité de la vie et la capacité de travail d'un patient, les experts de la PMU se basaient davantage sur les résultats de tests et documents médicaux que sur l'observation du fonctionnement du patient en situation. Par conséquent, il s'agissait d'une approche partielle qui n'intégrait pas l'ensemble des informations à disposition. Selon l'avis du Dr R\_\_\_\_\_, l'état de santé de la recourante était essentiellement inchangé. Il était stabilisé avec une incapacité de travail de 50 % et un rendement de l'ordre de 80 %. 35. Dans son écriture du 4 juillet 2017, la recourante a pris une conclusion additionnelle en remboursement par l'intimé des frais de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, à savoir CHF 1'000.-. 36. Dans sa duplique du 11 juillet 2017, l'intimé a observé que selon la jurisprudence, le fait qu'une expertise présentait quelques contradictions ne permettait pas d'en affaiblir la validité. L'examen clinique du Dr R\_\_\_\_\_ ne mettait pas en évidence d'anomalie neurologique. La liste des diagnostics posés par ce dernier qui énonçait séparément les composantes du syndrome post-commotionnel tendait d'une façon démonstrative à amplifier les plaintes de la recourante. Les lombalgies qui étaient apparues plus de quatorze ans après l'accident n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, ce d'autant plus qu'aucune distorsion cervicale au sens étroit n'avait été diagnostiquée. Le Dr R\_\_\_\_\_ ne fondait pas son opinion sur des données objectivables mais sur les symptômes de la recourante, soit un raisonnement post hoc ergo propter hoc qui n'était pas de nature à fonder un lien de causalité entre les plaintes de la recourante et l'accident de 2003. Depuis 2012, la recourante ne lui avait pas demandé la prise en charge de frais médicaux et n'avait suivi un traitement à base de zolmitriptan qu'une seule fois à fin 2009. De plus, les rapports médicaux ne mentionnaient pas d'intolérance à ce médicament. Par conséquent, soit les migraines n'étaient plus aussi intenses que l'affirmait la recourante, soit un traitement de fond n'avait jamais eu lieu. L'appréciation de l'incapacité de travail par le Dr R\_\_\_\_\_ se fondait essentiellement sur des données subjectives dès lors qu'il ne décrivait pas de limitations de fonction et n'expliquait pourquoi il retenait une incapacité de travail de 50 % avec un rendement de 80 %. L'intimé a persisté dans ses conclusions précédentes. 37. Dans son écriture du 13 juillet 2017, l'intimé a considéré que l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ n'était pas nécessaire à la résolution du litige au vu des critiques qu'elle avait formulées à son encontre dans sa duplique. Par conséquent, il s'opposait à la conclusion additionnelle. 38. Le 4 septembre 2017, la chambre de céans a requis de l'OAI l'apport à la procédure des pièces de son dossier postérieures au 8 décembre 2015. 39. Le 12 septembre 2017, l'OAI a produit lesdites pièces. - Par prononcé du 11 mai 2017 annulant celui du 17 août 2016, l'OAI a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante avec une incapacité de travail de 60 % de septembre 2007 à juin 2009 qui ouvrait le droit à un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007. Toutefois, au vu de la capacité de travail de 80 % depuis juillet 2009 tenant compte d'une baisse de rendement de 20 %, les conditions du droit à la rente n'étaient plus réunies et celle-ci était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. - Selon le rapport SMR du 4 janvier 2017, la doctoresse S\_\_\_\_\_, généraliste et médecin du SMR, considérait que les experts du

CEMed avaient anticipé une amélioration à moyen et long terme de la capacité de travail et de rendement à 70-80 % liée aux séquelles de la contusion frontale. Elle a observé que l'examen neuropsychologique s'était nettement amélioré entre les deux expertises. L'expertise de la PMU confirmait l'amélioration anticipée par les experts du CEMed. - Dans le rapport SMR du 5 juillet 2017, le docteur T\_\_\_\_\_, médecin du SMR, a relevé que le Dr R\_\_\_\_\_ est neurochirurgien alors que les atteintes à la santé de la recourante n'étaient pas neurochirurgicales. L'expert ne fournissait aucune description de l'état de santé de la recourante lui permettant de conclure que celui-ci ne s'était pas modifié. 40. Dans son écriture du 23 octobre 2017, l'intimé a repris les mêmes arguments que dans sa duplique. Il a observé que même si l'OAI n'avait pas encore rendu de décision formelle, il n'en avait pas moins considéré que l'état de santé de la recourante s'était amélioré depuis 2009 et que sa capacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle, qui était adaptée compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %. Il a maintenu ses conclusions précédentes. 41. Dans son écriture du 25 octobre 2017, la recourante a considéré que le dossier AI ne contenait rien de pertinent pour l'issue du litige. Elle a relevé quelques incohérences et contradictions dans les avis successifs du SMR, qui n'avaient au demeurant aucune valeur probante, dès lors que les médecins SMR n'étaient pas des spécialistes et n'avaient procédé à aucun examen clinique. Ainsi, la Dresse S\_\_\_\_\_ voulait faire dire aux experts du CEMed autre chose que ce qu'ils avaient dit, à savoir évoqué avec une grande prudence l'espoir que l'accoutumance aux handicaps et une hypothétique amélioration de son état neurologique pussent autoriser une amélioration ultérieure de sa capacité de travail. Le rapport de la PMU n'avait absolument confirmé aucune amélioration de son état neuropsychologique puisque celui-ci était demeuré inchangé, voire s'était même plutôt dégradé. Elle a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes. 42. Dans son écriture non sollicitée du 1<sup>er</sup> novembre 2017, l'intimé a maintenu entièrement ses conclusions, notamment l'absence de nécessité de procéder à une nouvelle expertise au motif que le rapport de la PMU du 8 septembre 2015 était suffisamment clair et différencié. 43. Le 3 novembre 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur quoi, a gardé la cause à juger. EN DROIT 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 1<sup>er</sup> 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. 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. 3. 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). 3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur

jusqu'au 31 décembre 2016.![endif]>![if> 4. Le délai de recours est de 30 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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).![endif]>![if> 5. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents à laquelle la recourante peut prétendre, plus particulièrement sur la question de savoir si l'intimé est en droit de réduire la rente d'invalidité de la recourante depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016.![endif]>![if> 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 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). 6. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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).![endif]>![if> 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). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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 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 1<sup>er</sup> 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). 7. 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 8. a) 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 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). c) 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). Cependant, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Selon la jurisprudence, une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.1). Toutefois, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). d) 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 n. 15 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 9. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2).> 10. En l'espèce, la rente initiale d'invalidité a été accordée par décision du 8 mai 2006 qui a retenu une incapacité de travail de 40 % dans l'activité de secrétaire auprès de l'OFPC et a accordé à la recourante une rente transitoire d'invalidité de 40 % au sens de l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2005. Puis, à la suite de la décision de l'OAI du 24 avril 2007 reconnaissant une invalidité de 40 %, l'intimé a transformé la rente transitoire d'invalidité

de 40 % en une rente définitive d'invalidité de 40 % par décision du 11 juin 2007. Les parties s'accordent sur le fait qu'il convient de comparer les circonstances existant lors des décisions du 11 juin 2007 et du 27 janvier 2017. On peut se demander si le point de départ de la comparaison n'est pas plutôt la décision du 8 mai 2006 dès lors que la décision du 11 juin 2007 reprend strictement le même taux d'invalidité et les mêmes bases de calcul que ceux de la décision du 8 mai 2006, ce d'autant plus que la recourante n'a pas bénéficié de mesures de réadaptation de l'AI. Or, la rente transitoire doit permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 246 consid. 2b). Toutefois, cette question peut rester ouverte dès lors que les deux décisions de l'intimé se basent sur l'état de santé de la recourante au moment de l'expertise du CEMed des 25 octobre et 8 novembre 2005. Quant à la décision de révision de rente, elle repose d'un point de vue médical essentiellement sur le rapport d'expertise de la PMU. Par conséquent, il convient à titre préalable d'examiner si cette expertise a une valeur probante.

11. Dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2015, les experts de la PMU diagnostiquent avec influence sur la capacité de travail, un syndrome post-commotionnel avec commotion et contusion hémorragique frontale droite, fracture du rocher et de l'écaïlle temporale gauche, anosmie, cupulolithiase gauche et atteinte de l'ATM gauche, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel au décours -, ainsi que des céphalées d'origine multifactorielle dans le cadre du syndrome post-commotionnel et à caractère migraineux. A l'examen clinique, ils constatent la présence d'irritabilité, d'intolérance au stress et de sentiment d'impuissance compatibles avec un syndrome post-commotionnel. Dans leur colloque de synthèse, ils retiennent un état dépressif au décours et l'absence de toute anomalie objective tant sur le plan neurologique que neuropsychologique. S'agissant de l'incapacité de travail, ils l'évaluent au maximum à 20-30 % depuis le milieu de l'année 2009 où l'état psychique était stabilisé et nettement amélioré anamnestiquement. Ils motivent le 20 % de baisse de la capacité de travail par une diminution de rendement liée à un syndrome post-commotionnel avec fatigabilité, nécessité d'avoir des horaires souples et besoin de prendre des poses régulières. Ils expliquent que la capacité de travail peut être améliorée par un suivi neurologique spécialisé concernant essentiellement les migraines avec la possibilité d'un traitement de fond dont la durée nécessaire probable est de plusieurs mois, voire années. A son échéance, ils considèrent qu'on peut espérer une capacité de travail d'au moins 60 %.

Ainsi que le relève la recourante, les conclusions des experts sont contradictoires. En effet, soit l'incapacité de travail de la recourante est de 20 à 30 % à partir de 2009 en raison de la diminution de rendement entraînée par le syndrome post-commotionnel, soit elle est de plus de 40 % et la mise en œuvre du traitement permettra à son échéance à la recourante d'avoir une capacité de travail d'au moins 60 %. De plus, si un tel traitement est exigible de la recourante, il ne peut pas avoir l'effet escompté avant plusieurs mois, voire plusieurs années, ce dont les experts devaient tenir compte dans leurs conclusions en évaluant l'incapacité de travail de façon différenciée, avant et après le traitement. Au demeurant, ils ne pouvaient pas prendre en compte ledit traitement dans leur appréciation de la capacité de travail de la recourante tant que celle-ci n'avait pas été mise en demeure de suivre ledit traitement selon la procédure prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. Par conséquent, leurs conclusions ne permettent pas de comprendre quelle est la capacité de travail raisonnablement exigible de la recourante à la date de la décision de révision de la rente

d'invalidité, respectivement si la capacité de travail de la recourante s'est améliorée depuis la décision initiale de rente. Aussi, les conclusions de l'expertise de la PMU relatives à l'incapacité de travail de la recourante n'ont pas de valeur probante. 12. La recourante conteste également que son état de santé se serait sensiblement amélioré depuis la décision initiale de rente.!

!> Dès lors, il convient d'examiner s'il y a eu une modification sensible de l'état de santé de la recourante entre la décision initiale de rente et la décision de révision de la rente. a) Selon le rapport d'expertise de la PMU à la base de la décision dont est recours, la recourante se plaint d'intenses céphalées, de cervicalgies, de douleurs articulaires des mains, de quelques vertiges occasionnels, ainsi que de troubles ménisques et de la concentration. L'expertise de la PMU, bien qu'elle soit pluridisciplinaire, repose essentiellement sur les consultations de neuropsychologie et de neurologie. Lors de la consultation de neuropsychologie du 16 juillet 2015, l'examen clinique ne met en évidence ni fatigabilité, ni ralentissement, ni difficulté attentionnelle. La neuropsychologue considère que les performances de la recourante n'entraînent pas de limitation à l'exercice d'une activité professionnelle telle qu'exercée précédemment. Toutefois, les plaintes faisant notamment état de la présence d'une irritabilité, d'une intolérance au stress et d'un sentiment d'impatience, qui s'inscrivent probablement dans un contexte post-traumatique, sont susceptibles d'avoir des répercussions sur une activité professionnelle dont les horaires ne présenteraient pas une certaine souplesse. Lors de la consultation neurologique du 17 juillet 2015, la recourante indique que depuis l'âge de 20 ans probablement, elle présente des céphalées épisodiques survenant en moyenne une fois par mois. Depuis l'accident du 24 novembre 2003, les céphalées sont devenues presque quotidiennes, puis depuis 2009, les migraines ne sont plus quotidiennes mais se manifestent par périodes de plus d'une semaine, voire de dix jours. Il s'agit d'une céphalée sévère, souvent hémicrânienne, voire holocrânienne, non pulsatile, mais augmentée aux mouvements, associée à une nausée, une photophobie, une phonophobie et une incapacité à poursuivre les activités de la vie quotidienne. A l'examen clinique, le status neurologique est normal à l'exception d'une anosmie bilatérale, sans signe de ralentissement. Le tableau neurologique est celui d'une céphalée épisodique de longue date, devenue chronique à la suite d'un TCC sévère. On retrouve des éléments subjectifs à caractère migraineux sans anomalie objective en faveur d'une autre céphalée symptomatique. Dans cette situation, une incapacité de travail de 40 % semble généreuse. Selon le Dr M\_\_\_\_\_, force est de constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié et en tout cas pas aggravé sur le plan neurologique depuis 2005 et 2008. b) Le rapport d'expertise du CEMed du 17 janvier 2006 pose les diagnostics de status après polytraumatisme ayant entraîné un TCC avec commotion et contusion hémorragique frontale droite, une fracture du rocher et de l'écaïlle temporale gauches, une anosmie, une cupulolithiase gauche et une atteinte de l'ATM gauche, ainsi qu'un syndrome post-commotionnel et post-contusionnel modéré persistant, un probable vertige paroxystique positionnel bénin post-traumatique persistant et une dysthymie. A l'époque, les plaintes de la recourante consistent en absence d'odorat avec altération secondaire du goût, troubles visuels de l'œil droit subjectivement non gênants, maux de tête à raison d'un à plusieurs épisodes hebdomadaires, sensations vertigineuses intermittentes indépendantes des mouvements durant quelques secondes s'accompagnant d'une ataxie, acouphènes de l'oreille gauche lors de la parole ou de la déglutition, douleurs auriculaires et de l'ATM gauches, douleurs cervicales et scapulo-brachiales gauches, fatigue et fatigabilité. A l'examen clinique, les experts retiennent la persistance d'un syndrome post-commotionnel modéré, quelques cervico-scapulalgies post-traumatiques et quelques vertiges positionnels.

Au vu de la gravité des atteintes initiales, notamment la présence d'une contusion hémorragique frontale droite, ils évaluent la capacité de travail à 40 %, dans une activité de secrétaire à plein temps adaptée à l'état de santé, pour une période de cinq ans. Ils expliquent qu'on peut espérer que l'accoutumance aux handicaps et l'amélioration spontanée de l'état neurologique ultérieure de la capacité de travail permettront une amélioration ultérieure de la capacité de travail de 20 à 30 %. Toutefois, en raison de la fatigue et de la fatigabilité, ainsi que d'une perte de rendement liée notamment aux séquelles de la contusion frontale, il était peu probable que la capacité de travail atteignit/dépassât 70 à 80 % à moyen et long terme. Lors de l'examen neuropsychologique, la recourante s'est plainte de migraines au niveau de l'hémicrâne gauche apparues quelques temps après l'accident, qui se manifestent à une fréquence de huit à dix jours par mois et s'accompagnent de vertiges, sensations nauséuses, photophobie et phonophobie. Elles entraînent des répercussions significatives sur le fonctionnement quotidien (conduite automobile, difficultés de concentration, retrait social, irritabilité). La recourante s'est également plainte d'une anosmie totale avec perte des émotions associées à la perception des odeurs entraînant une diminution de plaisir en général dans ses activités personnelles, de fatigue, voire d'épuisement certains après-midis, d'un manque de concentration, d'anxiété et de difficultés mnésiques modérées. La neuropsychologue constate de discrets signes de fatigue en fin d'examen sans conséquence sur le plan psychométrique. Sur le plan attentionnel, elle ne relève pas de fluctuation tout au long de son examen. L'examen des fonctions exécutives, attentionnelles et mnésique montre des rendements dans la norme. c)

En comparant les deux rapports d'expertise, force est de constater qu'ils retiennent essentiellement les mêmes diagnostics, à l'exception de la dysthymie qui n'est plus mentionnée dans le rapport de la PMU précisant que l'état psychique est plutôt bon en l'absence des crises migraineuses. Ledit rapport observe toutefois qu'il y a eu un épisode dépressif dans le post-partum en 2004, probablement sous-diagnostiqué et non traité. Dans leur rapport, les experts du CEMed relèvent un état subdépressif qui correspond à une dysthymie et est marqué par des fluctuations de l'humeur, le manque d'envie et le peu de plaisirs. Il est considéré comme secondaire et isolément ne justifie pas d'incapacité de travail. Par conséquent, la disparition de la dysthymie au moment de l'expertise de la PMU n'a aucune incidence sur l'incapacité de travail évaluée en 2005 par les experts du CEMed, ce d'autant plus que cette dysthymie n'a pas été pris en compte dans l'incapacité travail retenue par l'intimé. Sur le plan neurologique, le Dr M\_\_\_\_\_ constate que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié depuis les expertises du CEMed de 2005 et 2008. Quant aux examens neuropsychologiques, ni celui de la PMU, ni celui du CEMed ne mettent en évidence de fatigabilité, de difficultés attentionnelles, d'altération des rendements. En revanche, ils admettent tous deux l'existence des changements comportementaux relatés par la recourante, à savoir une irritabilité augmentée. La neuropsychologue du CEMed retient, en plus, une intolérance au stress et un sentiment d'impatience s'inscrivant probablement dans un contexte post-traumatique, alors que celle de la PMU tient également compte de la fatigabilité augmentée. Enfin, les plaintes de la recourante relatées dans les deux expertises sont sensiblement identiques. Par rapport à l'expertise de la PMU, la recourante ne se plaint plus de l'absence d'odorat avec altération du goût, d'acouphènes à l'oreille gauche, de douleurs auriculaires et de l'ATM gauches. En revanche, elle se plaint de douleurs articulaires des mains (sans rapport avec l'accident) et d'intenses céphalées en « accentuation » surtout depuis septembre 2007. De la comparaison des deux rapports d'expertise, il ressort que l'état de santé n'a que peu évolué, de sorte qu'il n'existe pas une

modification sensible de l'état de santé de la recourante justifiant la révision de sa rente d'invalidité en application de l'art. 17 LPGA. Au demeurant, si le rapport d'expertise conclut réellement à une incapacité de travail de 20 %, ce dont on peut douter au vu des contradictions qu'il contient, on peine à comprendre comment les experts de la PMU justifient leur différence d'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante par rapport à l'expertise du CEMed de 2006. En effet, même si celle-ci réservait une accoutumance aux handicaps et une amélioration spontanée ultérieure de l'état neurologique, force est de constater que les seules accoutumances aux handicaps qui ont eu lieu concernent l'anosmie et l'agueusie, les acouphènes, ainsi que les douleurs auriculaires et de l'ATM gauches, qui n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail d'une employée de commerce. Ces constats sont confirmés par l'expertise privée du Dr R\_\_\_\_. Toutefois, son examen date du 5 avril 2017 et est donc postérieur à la décision litigieuse, de sorte qu'il n'est pas possible de tenir compte de son rapport d'expertise du 6 juin 2017 pour apprécier l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'état de santé de la recourante à la date de la décision du 27 janvier 2017. En revanche, dans la mesure où ledit rapport d'expertise procède à une comparaison de l'état de santé la recourante par rapport à l'expertise du CEMed, il contient également des éléments médicaux qui ont trait à la situation antérieure à la décision litigieuse qui eux peuvent être pris en considération (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1 er mars 2010 consid. 3.2). A cet égard, le Dr R\_\_\_\_ indique que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié de façon importante depuis les rapports d'expertise du CEMed de 2006 et 2008. Il s'est dégradé sur certains plans (céphalées, dysthymie, image de soi) et certains symptômes, tout en étant inchangés, ont un peu moins d'impact sur la santé globale en raison des phénomènes de tolérance et d'adaptation (anosmie, agueusie, acouphènes entre autres), alors que les plaintes et les symptômes sont toujours les mêmes. Par conséquent, l'appréciation de la capacité de travail de la recourante par les experts de la PMU consiste en une nouvelle évaluation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées, soit une situation qui ne permet pas une révision de la rente d'invalidité (cf. ATF 141 V 9 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1). Aussi, l'intimé doit continuer à verser cette dernière à 40 % dès le 1 er juin 2016. 13. La recourante invoque comme moyen de preuve dans ses écritures l'audition du médecin traitant et de la Dresse Q\_\_\_\_. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, l'audition du médecin traitant et de la Dresse Q\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire invoquées ont pour but de démontrer que l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail ne se sont pas améliorés depuis la décision initiale de rente. Au vu de l'appréciation que fait la chambre de céans de l'expertise de la PMU servant de base à la décision de révision de rente, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de procéder aux actes d'instruction invoqués par la recourante dès lors qu'ils ne sont pas susceptibles de modifier l'issue du litige. 14. Dans un dernier moyen, la recourante conclut à la prise en charge des frais d'expertise privée du Dr R\_\_\_\_. Selon

la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7). En l'espèce, l'expertise n'est pas nécessaire à la résolution du litige puisqu'elle évalue la capacité de travail de la recourante à une date postérieure à la décision litigieuse en prenant en compte de nouvelles plaintes relatives à des lombalgies. Par conséquent, la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge des frais d'expertise privée par l'intimé doit être rejetée. 15. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 27 janvier 2017 est annulée.!

La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des considérants et annule la décision sur opposition du 27 janvier 2017.!

3. Dit que l'intimé est tenu de reprendre le versement de la rente d'invalidité à 40 % en faveur de la recourante dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, sous déduction des prestations déjà versées.!

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.!

5. Dit que la procédure est gratuite.!

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le