

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1125 vom 9. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__1125

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1125 du 9 mars 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 1125 del 9 marzo 2021

Regeste

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, COMPARAISON DES REVENUS, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 61 let. c LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 09.03.2021 Arrêt / 2020 / 1125

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, COMPARAISON DES REVENUS, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 166/19 - 30/2021 ZA19.053731 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 9 mars 2021 _____ Composition : M. Piguet , président M. Métral et Mme Dessaux, juges Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : M. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, et W. _____ , à Lausanne, intimée. _____ Art. 16 et 17 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA En fait : A. a) M. _____, née en [...], travaillait en qualité de serveuse à plein temps pour le compte de l'Hôtel de Ville de [...]; elle était assurée à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la W. _____ (ci-après : la W. _____ ou l'intimée). b) Le 24 juillet 1992, M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a été victime d'un accident de la circulation survenu alors qu'elle était passagère avant d'un véhicule dont la conductrice a perdu la maîtrise et qui s'est soldé, entre autres, par une fracture compliquée du bassin qui l'a mise dans l'impossibilité d'exercer sa profession habituelle de serveuse. La W. _____ a pris le cas en charge. Après avoir recueilli les renseignements médicaux usuels (rapports des 14 juillet et 10 octobre 1995 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) puis s'être vu communiquer le dossier constitué par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) – dont un rapport de stage du 4 mai 1998 de la Dre L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et médecin-conseil au COPAI d' [...], ainsi qu'un rapport d'expertise du 11 novembre 2000 du Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie –, la W. _____ a, par décision du 27 mai 2002, reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité de 100 % du 1^{er} avril 1997 au 31 mai 1999, puis de 52 % dès le 1^{er} juin 1999. B. Le 28 novembre 2017, un expert en dommages de la W. _____ s'est entretenu avec

l'assurée à son domicile. A cette occasion, celle-ci a déclaré ne pas avoir repris d'activité lucrative tout en faisant part d'une péjoration de son état de santé depuis deux ans. La W. _____ a alors initié une procédure de révision de la rente d'invalidité et mandaté successivement le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport d'expertise du 11 avril 2018) et la Dre P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie (rapport d'expertise du 15 juin 2018) pour qu'ils examinent l'assurée dans le cadre d'une expertise. Par décision du 31 juillet 2018, la W. _____ a réduit la rente de 52 % allouée depuis le 1^{er} juin 1999 à 16 % dès le 1^{er} août 2018. Le motif de cette réduction de prestation était que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'était plus limitée sous l'angle psychique mais uniquement par des empêchements sur le plan orthopédique à hauteur de 20 %. Malgré l'opposition formée par l'assurée, la W. _____ a, par décision sur opposition du 11 novembre 2019, confirmé la teneur de sa décision de réduction de rente du 31 juillet 2018. C. a) Par acte du 2 décembre 2019, M. _____, représentée par Philippe Nordmann, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision sur opposition du 11 novembre 2019 concluant à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 52 % au-delà du 1^{er} août 2018. En substance, elle contestait la réduction de la rente par voie de révision en alléguant que les expertises des Drs K. _____ et P. _____ n'établissaient aucune amélioration de sa capacité résiduelle de travail depuis une « décision » de l'OAI du 18 août 2005. Ayant bénéficié de la rente pendant plus de quinze ans au moment de sa réduction, elle reprochait par ailleurs à la W. _____ de ne pas avoir examiné au préalable l'octroi éventuel de mesures d'ordre professionnel. Enfin, elle requérait la production du dossier de l'action récursoire contre le tiers responsable en invoquant les implications financières causées aux différents assureurs concernés par la révision du droit à la rente. b) Dans sa réponse du 4 février 2020, la W. _____ a conclu au rejet du recours. Tout en observant qu'il devait être fait abstraction de la date du 18 août 2005, elle a expliqué que le motif de révision reposait sur une amélioration de l'état de santé psychique intervenue depuis 2002, la capacité de travail sur le plan somatique étant toujours de 80 %. Elle s'en référait, pour le surplus, à la décision attaquée. c) Dans sa réplique du 27 février 2020, l'assurée a confirmé les conclusions de son recours du 2 décembre 2019. Ce faisant, elle a estimé que, dans son expertise, la Dre P. _____ n'avait fait que procéder à une nouvelle appréciation d'une situation restée inchangée depuis plusieurs années. L'assurée disait par ailleurs craindre une aggravation de l'invalidité en cas de reprise du travail à un taux supérieur à 48 %. d) Dans sa duplique du 19 mars 2020, la W. _____ a jugé que la réplique de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de remettre en cause sa position. e) Par courrier du 7 avril 2020, le Juge instructeur a informé les parties que le dossier de l'assurance-invalidité avait été versé à la procédure. f) Par courrier du 7 mai 2020, l'assurée a requis la restitution de l'effet suspensif au recours et la jonction de la présente affaire à la cause AI 130/20. g) Par ordonnance du 7 août 2020, le Juge instructeur a retiré l'effet suspensif au recours et rejeté la requête de jonction de causes. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) Déposé en temps utile

auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige a pour objet le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée – de manière à influencer son droit à la rente de l'assurance-accidents de 52 % – entre le 27 mai 2002, date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et le 31 juillet 2018, date à laquelle l'intimée s'est prononcée sur la révision du droit à la rente. b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6). En l'espèce, l'intimée était en droit de procéder à la révision de la rente d'invalidité de la recourante en faisant abstraction de la date du 18 août 2005, laquelle correspond à une décision rendue par les organes de l'assurance-invalidité qui n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). c) aa) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). bb) Dans le domaine de l'assurance-accidents, une modification de l'état de fait est en principe sensible ou notable, au sens de l'art. 17 LPGA, lorsque la différence du taux d'invalidité par rapport à la situation antérieure s'élève au moins à 5 % (ATF 140 V 85 consid. 4.3 et 133 V 545 consid. 6.2). cc) S'agissant du moment à partir duquel la révision produit ses effets, en cas de réduction ou de suppression de la rente en raison, par exemple, de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, c'est la date de la décision de l'assureur-accidents qui est déterminante (et non celle de la décision sur opposition) pour les effets de la révision, pour autant qu'il

soit établi que les conditions en sont réalisées à ce moment-là (ATF 140 V 70 consid. 4 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless , L'assurance accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd., Bâle 2016, n. 302). d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 4. a) En l'espèce, la recourante conclut au maintien de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 52 % au-delà du 1^{er} août 2018. Elle soutient que les expertises des Drs K. _____ et P. _____ ne constatent aucune amélioration de son état de santé, mais procèdent simplement à une nouvelle appréciation d'une situation inchangée, voire même aggravée. b) aa) S'agissant de la situation médicale qui prévalait sur le plan orthopédique en 2002, le Dr F. _____ indiquait, dans son rapport du 14 juillet 1995, que la recourante souffrait des résidus de sa pseudarthrose du sacrum avec stabilisation actuelle dans une position d'ascension de l'hémi-bassin droit. Une fois guérie, elle ne pourrait plus œuvrer comme serveuse, mais pourrait par contre travailler dans une activité adaptée moyennant des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité. A son avis, un travail en position assise pouvait être réalisé sans grande restriction pour autant qu'elle puisse changer de position chaque heure. Les 12 septembre 1995 et 21 octobre 1996, ce médecin a confirmé son appréciation initiale à l'OAI. Dans le cadre d'un stage effectué du 6 avril au 1^{er} mai 1998 auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) d'[...], la recourante a été examinée par la Dre L. _____, laquelle a, dans un rapport du 4 mai 1998, rapporté les observations suivantes : A la suite d'une fracture du bassin lors d'un accident de la circulation en juillet 92, la patiente présente des douleurs constantes de la région lombaire et de la ceinture pelvienne, réfractaires à tout traitement, et occasionnant une incapacité de travail complète depuis lors. Durant le stage de 4 semaines effectué dans notre centre, nous [n']avons constaté aucune limitation physique particulière lors de travaux en position assise évitant les mouvements

d'inclinaisons et de rotations du tronc, traduisant la possibilité d'une activité de face. Malheureusement la patiente s'est révélée peu motivée, n'effectuant un travail, par ailleurs rapide, que si l'activité proposée l'intéressait. Nous sommes toutefois en mesure d'estimer la rentabilité à environ 80 %. Compte tenu de ces observations, une reprise du travail est envisageable, par exemple dans un kiosque ou un self-service, la reprise devant toutefois s'effectuer de manière progressive en raison d'un important déconditionnement lombo-pelvien inhérent à la durée prolongée de l'inactivité. bb) Au terme de son rapport d'expertise du 11 avril 2018, le Dr K._____ a posé les diagnostics suivants : • Status après accident de la voie publique ayant entraîné une fracture des branches ilio et ischio-pubiennes gauches et une fracture longitudinale du sacrum droit, associés à des contusions multiples, le 24.07.1992. • Status après 3 infiltrations tests au niveau de la sacro-iliaque, de la pseudarthrose et au niveau du conflit possible entre l'apophyse transverse et l'aile sacrée liée à l'anomalie transitionnelle, en octobre 1993. • Status après libération d'un bec ostéophyttaire postérieur au niveau de la pseudarthrose et vissage transiliaque de compression de l'hémibassin droit, le 03.02.1994. • Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du bassin, le 27.01.1997. • Douleurs résiduelles cicatricielles postérieures séquellaires, essentiellement de l'hémibassin droit, avec légère hypodysesthésie de la partie fessière haute droite. • Lombo-cervicalgies fonctionnelles sans troubles dégénératifs majeurs, compression médullaire, ni radiculaire. L'expert a conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée exercée en position semi-assise, sans port répétitif de charges supérieures à dix kilos, sans torsion du tronc trop fréquente et sans déplacements répétitifs sur des sols irréguliers, des pentes, des escaliers ou des échelles. Au moment d'apprécier la situation, il a notamment émis les considérations suivantes : DISCUSSION [...] Suite à la prise de connaissance de tout le dossier de la W._____ LAA ainsi que de l'assurance-invalidité, je ne peux que constater qu'au niveau traumatologique, la situation concernant le bassin s'est stabilisée et ceci depuis de nombreuses années, comme l'avait déjà décrit à l'époque le Dr F._____. Il n'y a pas de péjoration significative qui soit apparue, mais il n'y a pas non plus d'amélioration significative. Mme M._____ s'est simplement adaptée à ses douleurs résiduelles, ceci d'autant plus facilement qu'elle n'a jamais repris d'activité professionnelle, même à mi-temps comme l'AI l'avait finalement décidé. Tout ce que j'observe lors de mon expertise est que les plaintes séquellaires accidentelles sont maintenant un peu augmentées et se sont étendues au niveau cervical et scapulaire, dans le cadre d'un âge avançant et probablement d'une certaine forme de déconditionnement qui a perduré. En conclusion et sur le plan traumatique, en l'absence de modification objective significative, l'évaluation du Dr F._____ reste tout à fait crédible. Ceci implique qu'une activité en position semi-assise, sans port de charges supérieures à 10 kg de manière répétitive, sans déplacement[s] trop fréquents sur des sols irréguliers, des pentes, des escaliers ou des échelles, une capacité de travail reste exigible. Si l'on tient compte du rapport final de la Dresse L._____ du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité du 04.05.1998, on peut tout au plus admettre que dans un travail approprié, à temps plein, une baisse de rendement de 20% puisse survenir, soit sous forme de pause durant la journée, soit sous forme d'un jour d'arrêt en milieu de semaine afin de l'aider à récupérer de ses activités. En conclusion, la problématique de la rente donnée à 52 % à l'époque me paraît plus être en relation avec des troubles éventuels psychiatriques et surtout psychosociaux, comme le mentionnait le Dr A._____ dans son expertise du 11.11.2000. Concernant les aggravations au niveau cervical et de la ceinture scapulaire, il est clair

qu'elles ne sont pas en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'accident du 24.07.1992 et à mon avis ne sont pas suffisantes en l'état actuel, pour entraîner une péjoration significative de sa capacité de travail, y compris sur le plan de l'assurance-invalidité. cc) Force est de constater que la situation sur le plan orthopédique n'a pas évolué et que la recourante présente toujours une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. c) aa) Sur le plan psychiatrique, le Dr A. _____ avait retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), de trouble d'adaptation (F43.2), de personnalité anxieuse (évitante ; F60.6), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et de douleur SAI, aiguë et chronique (R52). Il évaluait la capacité résiduelle de travail entre 40 et 50 % (rapport d'expertise psychiatrique du 11 novembre 2000). bb) Au terme de son rapport d'expertise du 15 juin 2018, la Dre P. _____ a diagnostiqué une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), atteinte sans effet sur la capacité de travail. Elle a estimé que dans l'activité de serveuse ou dans une activité simple nécessitant peu de compétences, de responsabilités et d'indépendance, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. Au moment d'apprécier la situation, l'experte a notamment émis les considérations suivantes : 4. Appréciation du cas et pronostic [...] A l'examen de ce jour (11 juin 2018), Mme M. _____ est venue seule en voiture et se présente avec 20 minutes d'avance. Elle se déplace sans difficulté et monte aisément les 14 marches de l'escalier menant au cabinet. Madame s'assied et se relève normalement du siège, sans prendre de précaution particulière. Enjouée, tonique et souriante, l'assurée se montre tout à fait collaborante durant l'entretien. Elle ne manifeste aucun signe d'inconfort ou de douleur durant l'examen, bien qu'elle relate des algies, sur un mode non démonstratif. Madame ne change pas de position. Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé. La thymie est bien modulée. Le seuil anxiogène est dans les normes. Madame est calme, ne présente pas de signes d'angoisse ni de symptômes neurovégétatifs durant l'entretien ; par ailleurs, aucun symptôme ne ressort de l'anamnèse. On ne relève pas de troubles du comportement, de déviance caractérielle grave, de conduites d'évitement ; au contraire, l'expertisée se développe dès l'enfance, voire au plus tard à l'adolescence. Sans formation, âgée de 23 ans, Madame a pu trouver un travail en Suisse, quitter son pays et s'adapter à un nouveau mode de vie. Ses relations sociales ont été stables et harmonieuses. Rapidement, Mme M. _____ a noué une relation affective, toujours en cours. Ces divers éléments permettent d'exclure un trouble de personnalité, en particulier une personnalité anxieuse. Quant à la dysthymie évoquée en novembre 2000 par le Docteur A. _____, Madame n'en présente plus les critères, à savoir qu'elle n'a pas d'humeur chroniquement abaissée, de ruminations constantes, de troubles du sommeil permanents dus à des pensées négatives (le sommeil serait perturbé par les douleurs). Quant au diagnostic de troubles de l'adaptation, selon la CIM-10, ce diagnostic ne peut excéder 6 mois. En cas de persistance des symptômes, un autre diagnostic doit être retenu. Or à ce jour, je ne relève pas d'éléments florides dans la lignée dépressive ou anxieuse, ceci depuis plusieurs années (absence de suivi et de psychotropes depuis 2001 environ). En l'absence d'une détresse émotionnelle majeure et de conflits psychosociaux conséquents, on ne peut retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (la personnalité est fruste, peu différenciée avec des capacités d'adaptation limitées) peut être retenue, comme déjà évoquée dans l'expertise en novembre 2000. En l'absence d'une amnésie circonstancielle, de flashbacks, de pensées intrusives, d'attaques de panique, de cauchemars récurrents, d'émoussement psychique ou

d'état de qui-vive, le diagnostic d'état de stress post-traumatique est exclu. cc) Force est d'admettre, au vu des observations rapportées par la Dre P. _____, que la situation sur le plan psychiatrique s'est sensiblement améliorée depuis l'expertise du Dr A. _____ de novembre 2000. d) Le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé de ces expertises. e) Au final, il y a lieu de retenir que la recourante présente, eu égard aux atteintes en lien de causalité avec l'accident du 24 juillet 1992, une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 5. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante. a) aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174). bb) Il ressort en l'occurrence du dossier qu'il convient de retenir comme année de référence pour procéder à la comparaison des revenus l'année 2018. b) aa) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). bb) S'agissant du revenu avec invalidité, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). cc) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2 ; TF 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). c) aa) En l'occurrence, l'intimée a comparé un revenu sans invalidité de 49'548 fr. 95 avec un revenu d'invalide de 41'855 fr. 80 pour aboutir à un degré d'invalidité de 16 %. Les

deux termes de la comparaison sont fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, alors que le revenu sans invalidité doit, selon la jurisprudence rappelée ci-avant être évalué de la manière la plus concrète possible, soit sur la base du dernier revenu perçu par la personne assurée avant l'accident, en tenant compte de l'évolution des salaires. Dans la mesure où le dossier contient le montant du dernier salaire de la recourante avant son accident, le raisonnement suivi par l'intimée ne peut être suivi et il convient dès lors de s'écarter de la comparaison des revenus qu'elle a effectuée. bb) Dans le cas présent, il y a lieu de se référer à la dernière activité de la recourante, soit celle de serveuse à 100 % qu'elle exerçait depuis janvier 1992 auprès d'un café-restaurant. A l'époque, la recourante exerçait sa profession à la saison. Depuis lors établie en Suisse à demeure, pays dont elle a par ailleurs acquis la nationalité, aucun motif ne s'oppose désormais à l'exercice de l'activité de serveuse à l'année. Compte tenu d'un salaire de serveuse de 35'373 fr. en 1992 (2'721 fr. x 13), adapté à l'évolution des salaires jusqu'en 2018 (+ 33,2 % [Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux des femmes, 1992-2018, T39]), le revenu sans invalidité se serait élevé à 47'116 fr. 85. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, TA 1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2018 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'556 fr. 75, soit annuellement 54'681 francs. S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé, il y a lieu de constater que le taux de 5 % retenu par l'intimée afin de tenir compte de l'éloignement prolongé du marché du travail ne se justifie pas, un tel motif n'ayant pas été reconnu par la jurisprudence. En comparant un revenu sans invalidité de 47'116 fr. 85 avec un revenu d'invalidé de 43'744 fr. 80 (montant qui tient compte d'un taux d'activité de 80 %), il en résulte un degré d'invalidité de 7,16 %, arrondi à 7 % (cf. ATF 130 V 121). Cette issue aboutit à un résultat qui est moins favorable pour la recourante, dans la mesure où elle obtient moins que ce qu'elle a obtenu devant l'intimée. Il conviendrait en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision litigieuse au détriment de la recourante. Or, si la loi permet au tribunal de procéder à une reformatio in pejus, il ne s'agit en réalité que d'une simple possibilité laissée au tribunal. Le tribunal n'opte pour une reformatio in pejus qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, Commentaire romand de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, il n'y a pas lieu de faire usage de cette faculté. d) Il y a lieu d'admettre une amélioration significative de l'état de santé psychique et de la capacité de gain de la recourante. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a estimé que les conditions étaient réunies, à la date de sa décision du 31 juillet 2018, pour procéder à une réduction du droit à la rente de 52 % allouée depuis le 1^{er} juin 1999 à 16 % avec effet au 1^{er} août 2018. 6. En tant que la recourante reproche à l'intimée de n'avoir pas examiné le droit à des mesures d'ordre professionnel, il convient de rappeler que les prestations de l'assurance-accidents ne comprennent pas de mesures destinées à la réadaptation professionnelle, lesquelles relèvent exclusivement de l'assurance-invalidité (cf. art. 19 al. 1 LAA). 7. Pour finir, il convient de préciser qu'il n'y a pas lieu, dans le cadre de la présente procédure, d'examiner la problématique du sort de l'action récursoire des assureurs contre le tiers responsable et les implications financières que la révision du droit à la rente peut engendrer à ce sujet, cette question ne faisant pas partie de l'objet du litige (ATF 141 V 148

consid. 4.3). Au demeurant, dans la mesure où la diminution de la rente correspond à une diminution du dommage subi par la recourante, celle-ci ne subit aucun préjudice en raison de la créance subrogatoire que les assureurs sociaux ont fait valoir (Ghislaine Frésard-Fellay , Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable ou son assureur, thèse, Fribourg 2007, n° 950, p. 313). 8. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. 9. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 11 novembre 2019 par la W._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann (pour M._____), ■ W._____, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).
Le greffier :

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