

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1163/2018

ATAS/845/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, est entrée au service des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : l'employeur ou les HUG) en 2004 en qualité d'agente de propreté et d'hygiène à plein temps. À ce titre, elle est assurée auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 29 octobre 2009, alors qu'elle se trouvait au Portugal et y conduisait un tracteur agricole sur la voie publique, un automobiliste circulant à vive allure l'a percutée par l'arrière. Sous la force de l'impact, l'assurée a été éjectée à plus de 10 m de son véhicule et a subi un traumatisme crano-cérébral, une contusion cervicale, un traumatisme facial avec fracture du nez, de multiples plaies de la face, des lèvres et de la langue, des fractures de plusieurs dents, du radius gauche et de la clavicule droite. Alors qu'elle était encore inconsciente, l'assurée a été acheminée en ambulance vers l'hôpital le plus proche, puis transférée au service de chirurgie plastique, reconstructive et maxillo-faciale d'un hôpital de Porto, établissement qu'elle a quitté le 4 novembre 2009 après y avoir subi diverses interventions. Les suites de cet événement ont été prises en charge par l'assureur.
3. Le 5 mai 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
4. Dans un rapport du 14 juin 2010, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil de l'assureur, a rappelé que l'hôpital de Porto avait diagnostiqué notamment un traumatisme crano-cérébral et une contusion cervicale. Lors de l'examen clinique effectué le 14 juin 2010, la Dresse B_____ a noté, s'agissant de la colonne cervicale, que la palpation des masses musculaires était décrite comme très douloureuse. Il n'y avait pas de contracture et la mobilité était conservée. L'extension (soit la flexion postérieure) était douloureuse.
5. Le 15 septembre 2010, l'assurée s'est rendue auprès du psychiatre-conseil de l'assureur, le docteur C_____, pour y subir un examen psychiatrique. Dans son rapport subséquent, du 22 septembre 2010, ce médecin a indiqué que l'assurée était revenue à Genève début décembre 2009 et avait consulté différents médecins, à la fois pour corriger des problèmes dentaires et des atteintes esthétiques à son visage. Sur le plan orthopédique, les suites étaient marquées par la persistance de douleurs au niveau cervical qui irradiaient jusqu'à l'arrière de la tête. Celles-ci étaient chroniques (quasi quotidiennes) et handicapantes aux dires de l'assurée. L'atteinte principale était d'ordre esthétique, avec une non-acceptation quasi complète des séquelles visibles. C'était dans ce contexte que l'assurée avait développé une symptomatologie psychique que le docteur D_____, médecin interne traitant, avait tenté de soulager en prescrivant une médication antidépressive (Ciprallex). À compter de mars 2010, une psychologue et psychothérapeute, Madame E_____, avait succédé au médecin traitant pour le volet psychique du traitement. Cette dernière avait relevé, dans un rapport datant de juillet 2010, la présence d'une

symptomatologie « dépressive importante », avec tristesse, fatigue excessive, idées noires et troubles du sommeil. Mme E_____ avait également évoqué un état de stress post-traumatique, accompagné de rêves de mort, de flash-backs et de comportements d'évitement. Selon cette psychologue, le pronostic dépendait de la possibilité pour l'assurée de retrouver son aspect antérieur. L'évolution sur près de six mois de traitement restait négative, avec une assurée qui restait très symptomatique et toujours en arrêt de travail. D'ailleurs, la posologie de Cipralax avait été augmentée de 10 à 20 mg deux mois auparavant.

Après avoir retracé l'anamnèse et recueilli les plaintes de l'assurée, le Dr C_____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32).

Dans son appréciation du cas, le Dr C_____ a estimé que « l'accident de la voie publique important » du 29 octobre 2009 avait eu pour conséquence à la fois une problématique algique au niveau des cervicales, mais surtout une atteinte esthétique du visage – que les chirurgiens consultés estimaient pouvoir améliorer à raison de 50 % environ – qui expliquait le développement de la symptomatologie dépressive franche et l'absence d'amélioration significative à ce niveau après six mois d'un traitement adéquat et bien conduit. Par ailleurs, l'assurée présentait une symptomatologie anxieuse associée mais, selon le Dr C_____, l'ensemble des critères diagnostiques d'un état de stress post-traumatique n'étaient pas remplis. En effet, l'assurée avait été « protégée par rapport au vécu de l'accident » par une longue perte de connaissance. Elle n'avait plus aucun souvenir de celui-ci. En revanche, on pouvait admettre que le réveil en milieu hospitalier, le transport en ambulance ainsi que les conséquences de l'accident avaient eu un impact traumatique certain.

Au regard de ces éléments, de l'absence d'antécédent psychiatrique et de fragilité antérieure à l'accident, le Dr C_____ a estimé que la symptomatologie psychique était clairement en lien de causalité naturelle avec l'accident. De même, il existait une indication à un traitement spécialisé qui devrait être poursuivi au moins jusqu'à la résolution de la symptomatologie dépressive. Même si l'incapacité de travail actuelle de l'assurée était justifiée, il fallait songer à un retour au travail dans un délai raisonnable (deux à trois mois, en fonction des opérations à venir) car il n'était pas certain que l'assurée fût « de bonne compagnie pour elle-même » lorsqu'elle se retrouvait seule, recluse à son domicile. En tant qu'elle impliquait de devoir sortir et de s'exposer au regard des autres, la réintégration professionnelle participait à un « processus d'exposition thérapeutique nécessaire ».

6. Le 29 septembre 2011, l'employeur, l'assurée et l'assureur ont conclu une « convention de reprise thérapeutique » aux termes de laquelle l'assurée reprendrait son activité habituelle de nettoyeuse le 10 octobre 2011 avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes (max. 10 kg et pas de déplacement de meubles) tout en bénéficiant des indemnités journalières de l'assureur sur la base d'une incapacité de travail de 100 % durant toute la mesure

thérapeutique. La durée de cette mesure n'était pas fixée mais « à réévaluer en fonction de l'évolution ».

7. Le 19 octobre 2011, l'assurée a fait savoir qu'elle travaillait environ deux heures par jour avec l'accompagnement d'un collègue et qu'elle n'effectuait que des tâches adaptées à son état.
8. Du 25 janvier au 8 février 2012, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à l'initiative de l'assureur. Au cours de son séjour, elle s'est soumise à différents bilans et consultations.
9. Lors d'une consultation psychiatrique du 27 janvier 2012, la doctoresse F_____, cheffe de clinique à la CRR, a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de dysthymie probable (F34.1). En effet, elle avait relevé, en cours d'entretien, une double symptomatologie, à savoir des symptômes d'un trouble de l'humeur liés tant aux douleurs qu'à la perte d'identité et à l'atteinte de l'image de soi, mais surtout une symptomatologie anxieuse, massive, de type état de stress post-traumatique, qui s'était développée sur fond d'antécédents, à savoir un premier traumatisme probable lié au décès de son frère aîné. Il était ressorti des entretiens psychothérapeutiques organisés au cours du séjour à la CRR que c'était l'aspect dépressif de l'état de stress post-traumatique qui dominait le tableau clinique actuel. L'intéressée restait figée dans le traumatisme tout en évitant de se confronter aux changements qui en découlaient. L'atteinte sur le plan psychiatrique était importante et restreignait sa capacité de travail. Cette dernière pouvait être évaluée actuellement à 30 % selon la Dresse F_____.
10. Le 6 février 2012, le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin adjoint à la CRR, a mis en œuvre un consilium de l'appareil locomoteur axé sur les mains et les épaules. Après avoir rappelé que l'accident du 29 octobre 2009 avait causé, au niveau des membres supérieurs, une fracture du poignet gauche et de la clavicule droite, le Dr G_____ a estimé que le diagnostic de fracture de la clavicule devait être récusé au vu des radiographies à disposition. Le status montrait une discrète limitation de l'épaule, en flexion-abduction, avec des douleurs peu spécifiques, plutôt localisées au niveau du trapèze et avec des mobilités passives complètes. L'impression clinique était plutôt que les douleurs étaient d'origine musculaire, dans tous les muscles péri-scapulaires. Au niveau du poignet gauche, les mobilités étaient complètes. L'ensemble des plaintes actuelles survenait dans un contexte difficile avec un état de stress post-traumatique et une probable dysthymie chez une assurée dont les plaintes somatiques principales étaient les cervicalgies. En conclusion, le Dr G_____ n'avait pas de limitation particulière à reconnaître au niveau de l'épaule droite et du poignet gauche. Aussi n'avait-il pas de proposition supplémentaire, que ce soit pour des examens complémentaires ou une thérapeutique spécifique. De son point de vue, il fallait favoriser tout ce qui était actif chez cette assurée et le maintien de son activité professionnelle actuelle.

11. Dans un rapport du 17 février 2012, les docteurs H_____ et I_____, respectivement spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et médecin assistant au sein de la CRR, ont indiqué que depuis la reprise thérapeutique de son activité de nettoyeuse à 25 % en octobre 2011, l'assurée se disait limitée en raison de douleurs très importantes au niveau des cervicales et de l'épaule droite lors de l'utilisation du balai. Selon le status local d'entrée, qui était superposable avec celui à la sortie, l'assurée se tenait avec la nuque raide légèrement penchée en avant. L'épaule gauche était tenue plus basse que l'épaule droite. Le bilan interdisciplinaire avait révélé que les douleurs annoncées par l'assurée étaient d'origine musculaire. Les bilans neurologique et neuropsychologique retenaient un probable TCC (traumatisme crano-cérébral) modéré (IRM normale). L'évaluation psychiatrique relevait un état de stress post-traumatique, avec dysthymie probable. Il y avait de nombreuses autolimitations lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Le PTSD (« Post Traumatic Stress Disorder » ; état de stress post-traumatique) était actuellement la seule pathologie limitant la capacité de travail. L'assurée pouvait reprendre son activité habituelle à but thérapeutique à 25 % dès le 13 février 2012.
12. Le 4 juin 2012, l'assurée a repris son activité habituelle de nettoyeuse à 50 %.
13. Entendue le 10 juillet 2012 par l'assureur, l'assurée a déclaré que cette reprise à 50 % se passait bien mais qu'elle se sentait très fatiguée et ressentait parfois d'intenses douleurs dans la nuque.
14. Au cours d'un entretien tripartite du 15 février 2013 ayant réuni l'assureur, l'assurée et l'employeur, l'assureur a fait savoir qu'il allait examiner les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de 30 % « comprenant la perte économique réelle ». En effet, l'assurée avait pu conserver son poste de travail. En conséquence, elle était invitée à faire parvenir à l'assureur un avenant au contrat de travail, diminuant le taux d'activité contractuel de 100 à 70 %.
15. Par appréciation du 29 mars 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a relevé à la lecture du rapport de la CRR, que d'un point de vue orthopédique le Dr G_____ n'avait pas reconnu de limitation fonctionnelle particulière au niveau l'épaule droite et du poignet gauche et qu'une reprise du travail était conseillée par les médecins de la CRR. En prenant en considération les aspects psychiatriques du cas, évalués par le Dr C_____, et en l'absence de limitation orthopédique constatée par le Dr G_____, il a paru « tout à fait utile » au Dr J_____ d'envisager une augmentation de la capacité de travail – actuellement de 30 % du point de vue psychiatrique – de manière progressive.
16. Le 6 mai 2013, l'employeur a fait savoir à l'assurée qu'elle travaillerait à 70 % à partir du 1^{er} juin 2013.
17. Le 5 juin 2013, l'assurée s'est rendue auprès du Dr C_____ pour un examen psychiatrique. Dans son rapport du 6 juin 2013, ce médecin a noté qu'elle avait été

suivie hebdomadairement par Mme E_____ jusqu'à récemment. Mais comme cette dernière était partie s'installer dans le canton de Vaud, elle était désormais suivie par une autre psychologue, Madame K_____. Sur le plan psychique, il n'y avait plus de rapport disponible de longue date de la part de ces intervenants mais, pour rappel, ceux-ci avaient retenu en 2010 un diagnostic d'état de stress post-traumatique ainsi qu'un épisode dépressif important avec des troubles du sommeil majeurs. Soumise à un questionnaire psychométrique (échelles de dépression et d'anxiété de Hamilton) par le Dr C_____, l'assurée avait atteint des scores de 12 pour la dépression et de 14 pour l'anxiété, ce qui indiquait la présence d'une symptomatologie dépressive légère, respectivement une anxiété mineure. Lors de sa première évaluation du 15 septembre 2010, le Dr C_____ avait constaté une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère qui était principalement due à une importante atteinte esthétique touchant le visage, avec un tableau de stress post-traumatique qui n'était que partiel, de sorte que ce diagnostic n'avait pas été retenu. Le traitement spécialisé entrepris depuis mars 2010 avait permis une amélioration relative mais pas de guérison. Le tableau constaté au moment de la seconde évaluation du 5 juin 2013, restait similaire à celui observé le 15 septembre 2010. Plus précisément, le Dr C_____ a indiqué que le fait de présenter depuis près de trois ans, et de manière continue, un état dépressif chronique – désormais d'intensité légère – représentait un handicap modéré en termes de fonctionnement mais que celui-ci n'en compromettait pas moins la présence de plaisirs et d'appréciations positives portées sur l'existence, de sorte qu'il convenait de retenir le diagnostic de dysthymie. Toutefois, au vu du contexte de stress externe important lié à l'accident, le diagnostic différentiel de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée pouvait être posé. Après plus de trois ans d'évolution, il était quasi improbable d'en attendre une guérison complète. Selon toute probabilité, ce trouble persisterait dans le temps, ce d'autant que le mode de vie de l'assurée s'était particulièrement appauvri, notamment sur le plan social et des hobbies. Elle ne conservait quasiment plus aucune activité en dehors du domaine professionnel. D'ailleurs, la reprise du travail pouvait être considérée comme un facteur ayant plutôt amélioré son état, malgré les difficultés rencontrées. En conclusion, le Dr C_____ a estimé que l'atteinte psychique de l'assurée était compatible avec une capacité de travail de 70 % sans diminution de rendement.

S'agissant du traitement spécialisé, la poursuite de celui-ci semblait justifiée mais avec une diminution de sa fréquence, celle-ci pouvant être réduite, à court terme, à une séance tous les quinze jours voire toutes les trois semaines.

18. Le 6 juin 2013, le Dr C_____ a considéré que l'assurée avait subi une atteinte à son intégrité psychique qu'il évaluait à 20 %. À plus de trois ans et demi de l'accident, cette atteinte était durable car la symptomatologie d'atteinte de l'humeur était restée stable dans le temps, sans évolution clairement significative. Les ressources thérapeutiques, pourtant adéquates, semblaient épuisées, n'amenant pas de rémission complète. L'atteinte pouvait être néanmoins qualifiée de légère selon

la table 19. En effet, les troubles persistants dépressifs et dans une moindre mesure anxieux restaient légèrement marqués. Ils entravaient le sentiment de bien-être, mais permettaient globalement à l'assurée d'assumer son activité et de travailler avec une légère limitation.

19. Dans un rapport du 10 juin 2013, le Dr D_____ a indiqué que l'évolution était marquée par la persistance de cervicalgies, parfois exacerbées, et d'une thymie dépressive. Le pronostic était défavorable. On pouvait considérer actuellement que la situation était stabilisée, tant du point de vue thymique que des douleurs, ce depuis douze mois. Il fallait s'attendre à ce qu'un « dommage » persiste, celui-ci prenant avant tout la forme de douleurs cervicales mais aussi de crises d'angoisse itératives. Le traitement – médicamenteux, psycho- et physiothérapeutique – devait être poursuivi à long terme.
20. Invité à se prononcer sur le rapport du 10 juin 2013 du Dr D_____, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a estimé le 12 juillet 2013 qu'il n'y avait aucun traitement à prendre en charge à long terme d'un point de vue orthopédique, conformément aux conclusions de la CRR.
21. Le 13 août 2013, l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'il ne lui verserait plus d'indemnités journalières après le 31 octobre 2013 mais qu'il examinerait prochainement l'octroi d'une rente d'invalidité partielle destinée à prendre effet le 1^{er} novembre 2013. Il a également précisé les limites de la prise en charge d'un traitement à partir du versement de cette rente.
22. Par projet de décision du 7 janvier 2014, confirmé le 20 mai 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2010 au 30 juin 2012 puis à une demi-rente du 1^{er} juillet 2012 au 31 mai 2013. Comme elle avait repris son activité à 70 % le 1^{er} juin 2013 et qu'à ce moment, son incapacité de travail était de 30 %, l'assurée ne présentait plus un degré d'invalidité suffisant pour permettre un maintien de sa rente au-delà du 31 mai 2013. Des mesures de réadaptation n'avaient pas lieu d'être.
23. Par appréciation du 16 janvier 2014, le Dr J_____ a évalué à 5 % l'atteinte à l'intégrité corporelle subie par l'assurée du fait des cicatrices définitives présentes sur la peau de son visage.
24. Dans un document intitulé « résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente », l'assureur a retenu, « un status après accident de la circulation, polytraumatisme dont les séquelles sont d'ordre esthétique au niveau du visage et psychique, aspect nous concernant sous l'angle de la causalité adéquate ». La poursuite de l'activité habituelle à 70 % était exigible au plan psychiatrique.
25. Par décision du 16 avril 2014, l'assureur a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 30 % à compter du 1^{er} novembre 2013 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % du montant maximal du gain assuré en 2009 (CHF 126'000.-), soit CHF 31'500.-.

26. Lors d'un « entretien final » du 25 avril 2014 avec l'assurée, l'assureur a indiqué qu'il continuerait à prendre à sa charge, après la clôture du cas, une consultation annuelle auprès d'un médecin traitant pour prescriptions de médicaments, de la « physiothérapie, thérapie manuelle », des séances chez un psychiatre une fois tous les quinze jours, des injections au visage pour les cicatrices, des antalgiques ainsi que des antidépresseurs.
27. Dans un rapport du 1^{er} mai 2015, le docteur L_____, médecin généraliste, du centre médico-chirurgical M_____, a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré depuis le dernier rapport de juin 2013 [ndrl : rapport du 10 juin 2013 du Dr D_____, décédé en 2014], ce en relation avec l'accident du 29 octobre 2009, en raison de douleurs cervicales invalidantes. Sur la base de ces dernières, le Dr L_____ a invité l'assureur à réévaluer la capacité de travail de l'assurée (actuellement de 70 %) à 60 %.
28. Le 24 février 2016, le Dr L_____ a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques post-traumatiques, précisant que la « rechute » avait eu lieu le 1^{er} septembre 2015. L'assurée suivait actuellement des séances de physiothérapie ainsi qu'un traitement antalgique. À long terme, une réduction de l'activité professionnelle semblait nécessaire. Actuellement, sa capacité de travail était nulle pour une durée indéterminée, ce depuis le 3 février 2016.
29. Dans un avis succinct du 31 mars 2016, le Dr J_____ a estimé, à la lumière des rapports du Dr L_____, qu'il n'y avait pas de rapport de causalité entre les troubles rapportés et l'accident. En effet, le rapport du 17 février 2012 de la CRR n'avait retenu aucune lésion orthopédique à caractère durable.
30. Le 26 avril 2016, l'assureur a reçu un certificat d'arrêt de travail du 10 mars 2016 du Dr L_____. L'incapacité de travail de l'assurée était totale du 3 février au 13 mars 2016 pour cause d'accident. Une reprise d'activité était prévue le 14 mars 2016.
31. Par décision du 13 mai 2016, l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'un lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 29 octobre 2009 et les troubles déclarés récemment.
32. Le 24 mai 2016, l'assurée a formé opposition à cette décision, concluant en substance à son annulation et à une révision de son droit à la rente via la prise en compte d'une baisse de son taux d'activité de 70 à 60 % « pour améliorer sa qualité de vie ».
33. Le 8 décembre 2016, l'assureur a admis l'opposition, annulé sa décision du 13 mai 2016 et alloué à l'assurée « les prestations d'assurance légales [lui] revenant », précisant qu'il subordonnait le versement d'indemnités journalières à la production de certificats d'arrêt de travail.
34. Par appel téléphonique du 12 décembre 2016, l'assurée a fait part à l'assureur de son étonnement de voir sa demande de révision de rente rester sans suite.

35. Par décision du 15 décembre 2016, l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'il annulait sa « lettre du 8 décembre 2016 », dont il n'y avait pas lieu de tenir compte, et qu'il acceptait l'opposition du 24 mai 2016 en ce sens qu'il reprenait l'instruction du cas mais non le paiement des indemnités journalières.
36. Le 31 janvier 2017, la doctoresse M_____, radiologue, a pratiqué une IRM cervicale de l'assurée et conclu à une discopathie avec débord herniaire sous-ligamentaire bilatéral prédominant du côté droit, rétrécissant discrètement le foramen sans conflit radiculaire franc. S'y ajoutait une perte de la lordose physiologique.
37. Dans un rapport du 2 février 2017, le Dr L_____ a indiqué que les douleurs cervicales de l'assurée, présentes depuis le 29 octobre 2009, avaient connu une aggravation en janvier 2015, justifiant l'administration fréquente d'opiacés. Son travail, pour lequel elle était très motivée, provoquait une exacerbation indéniable de ses douleurs, limitant sa capacité de travail depuis une année, de sorte qu'une diminution du taux d'activité à 60 % était nécessaire. Un changement de poste de travail n'était pas envisagé. Par ailleurs, un autre accident (traumatisme à la cheville gauche) avait nécessité des soins jusqu'en décembre 2016. En l'état actuel, la colonne cervicale était caractérisée par une extension de 0° et une flexion de 20°. Les rotations droite et gauche étaient limitées à 20° et la flexion latérale à 10° des deux côtés. Il existait des douleurs à la mobilisation, des contractions du trapèze et de la musculature para-vertébrale mais pas de déficit neurologique. S'y ajoutait un état anxio-dépressif chronique accentué par les douleurs ainsi qu'un grave syndrome post-traumatique.
38. Dans un rapport du 23 février 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui délégait la thérapie de l'assurée à Mme K_____, a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) sur personnalité stable, « sans histoires ». La situation était caractérisée par des cauchemars à répétition, des insomnies, un état d'épuisement et une dépression. Ces symptômes étaient alimentés constamment par les douleurs physiques récurrentes, dorsales et dentaires. L'assureur avait arrêté les séances de psychothérapie à deux fois par mois alors qu'il était nécessaire, en cas de recrudescence des symptômes comme actuellement, de prévoir des séances hebdomadaires. Les médicaments étaient administrés par le médecin généraliste. Il n'y avait pas d'antécédents (si ce n'est l'accident du 29 octobre 2009). Invité à livrer son pronostic, le Dr E_____ a estimé que « selon des modifications permettant de moindres douleurs physiques », on pouvait s'attendre à ce que l'esprit réaliste ainsi que l'attitude courageuse de l'assurée lui permettent de recouvrer l'équilibre qui était le sien avant l'accident du 29 octobre 2009.
39. Invité le 24 février 2017 par l'assureur à dire si l'aggravation des troubles de nuque actuellement alléguée reposait, au degré de la vraisemblance prépondérante sur des séquelles physiques de l'accident, le Dr J_____ a répondu dans un avis du 16 mars 2017 : « Non, dégénératifs, sans lien avec accident ». Quant au point de savoir si à

défaut d'aggravation des séquelles physiques, l'aggravation des douleurs cervicales reposait sur une aggravation crédible des séquelles fonctionnelles de catégorie II du TCC ou sur une aggravation des troubles psychiques dus à l'accident, le Dr J_____ a mentionné « ceci n'est pas de ma compétence ».

40. Le 28 février 2017, l'assureur a demandé au Dr C_____ si les troubles psychiatriques dont souffrait l'assurée étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 29 octobre 2009 et, dans l'affirmative, si l'on était en présence d'une aggravation.
41. Par appréciation psychiatrique du 19 avril 2017, le Dr C_____ a indiqué qu'on se trouvait actuellement à près de huit ans de l'accident subi par l'assurée. S'il existait bien, comme le retenait le Dr N_____, une symptomatologie d'état de stress post-traumatique, il y avait lieu de noter qu'après une si longue durée, celle-ci était visiblement chronicisée et, selon le Dr C_____, très peu accessible aux traitements. Le fait de retenir un tel diagnostic impliquait en général un lien avec un « stresser », en l'occurrence un accident, donc un lien de causalité. En l'espèce toutefois, il n'y avait aucun descriptif de l'approche utilisée et on ne savait pas non plus si l'assurée bénéficiait ou non d'un traitement médicamenteux. Enfin, la symptomatologie détaillée dans le rapport du Dr N_____ ne permettait pas de retenir, a priori, un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Dans ce sens, le rapport restait très incomplet. En conclusion, le Dr C_____ a recommandé à l'assureur de demander plus de précisions au Dr N_____. En l'état, il ne retenait pas de lien de causalité.
42. Le 7 juin 2017, l'assureur a demandé au Dr N_____ quelle était la gravité de la symptomatologie psychique qui conditionnait le handicap général de l'assurée et quel était le traitement – notamment médicamenteux – prodigué pour soigner cette symptomatologie.
43. Dans un rapport du 11 juillet 2017, le Dr N_____ a répondu qu'il existait des handicaps physiques et psychiques générés par l'accident de 2009. Les séquelles physiques – entre autres les douleurs dorsales et dentaires dont se plaignait l'assurée – ravivaient constamment l'état de panique vécu lors de l'accident et généraient angoisses et dépression. Cette dernière était à considérer avec le plus grand sérieux. En effet, l'assurée n'était pas une personne de type à baisser les bras ou à se décourager facilement. Le traitement prodigué consistait en une thérapie de soutien, actuellement limitée à deux séances par mois par l'assureur. Outre les médicaments ordonnés par le médecin généraliste, le Dr N_____ avait prescrit divers médicaments et substances (Cipralex®, Symfona®, Temesta®, Zoldorm®, Tryptophane®, tyrosine, magnésium).
44. Le 19 juillet 2017, l'assureur s'est adressé au Dr C_____ en lui posant en substance les mêmes questions que le 28 février 2017.
45. Par appréciation du 26 juillet 2017, le Dr C_____ a indiqué que le rapport du 11 juillet 2017 du Dr N_____ ne répondait pas aux « questions demandées ». D'une

part, ce médecin ne retenait pas de diagnostic justifiant le traitement administré mais se contentait de faire état d'une symptomatologie qui ne permettait pas vraiment de savoir quelle était la nature de la pathologie et surtout son intensité. En tout cas, le Dr C_____ ne retenait pas d'aggravation dans cette situation quant aux troubles présents. En effet, il avait déjà estimé, lors de son examen du 5 juin 2013, qu'il était improbable de s'attendre à une guérison complète du trouble psychologique et que celui-ci persisterait dans le temps. Il s'agissait donc de ce continuum qui était toujours présent à quatre ans d'intervalle et qui, visiblement, n'évoluait guère. Dans ce sens, il pensait que l'on ne pouvait pas à proprement parler de rechute mais plutôt d'un tableau chronicisé.

46. Dans une brève prise de position du 8 août 2017, le Dr J_____ s'est déterminé comme suit sur le point de savoir si les incapacités de travail attestées depuis le droit à la rente étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 29 octobre 2009 : « Aucune évaluation somatique disponible du médecin traitant, je ne peux vous répondre pour les [incapacités de travail]. Pour les cervicalgies, se référer à mon avis de février 17 ». Ainsi, les incapacités de travail n'avaient pas à être prises en charge « dans l'état du dossier ». Enfin, aucun document non psychiatrique n'attestait d'une aggravation déterminante de l'état de santé. Pour le reste, il y avait lieu de se référer aux réponses du Dr C_____, assez claires sur un état chronique sans aggravation.
47. Par décision du 17 octobre 2017, l'assureur a refusé « d'entrer en matière » sur une augmentation de la rente d'invalidité de l'assurée, précisant que les prestations en espèces se limiteraient par conséquent à la rente fixée le 16 avril 2014. Pour le surplus, la prise en charge d'une consultation annuelle auprès d'un médecin traitant, des séances chez un psychiatre une fois tous les quinze jours, « une injection visage » pour les cicatrices, des antalgiques et des antidépresseurs (tels que Cipralax et Tritico) continueraient à être pris en charge.
48. Le 19 octobre 2017, le Dr L_____ a fait parvenir à la clinique genevoise de Montana une demande d'admission de l'assurée pour une durée de quinze jours en raison de cervicalgies post-traumatiques chroniques, consécutives à un accident de la circulation en 2009. Il a précisé que ces dernières avait connu une aggravation importante avec péjoration de l'état dépressif, épuisement et découragement.
49. Le 24 octobre 2017, l'assurée a formé opposition à la décision du 17 octobre 2017 et demandé à connaître les critères sur lesquels le service médical de l'assureur s'était fondé pour prendre sa décision. De son point de vue, il était difficile de prendre une décision sans avoir pris le temps de l'ausculter et de vérifier son état de santé. Même si elle exerçait toujours son activité habituelle, il lui était de plus en plus difficile de s'en acquitter. Ses douleurs physiques influençaient son état psychique, de sorte qu'elle se trouvait souvent en arrêt de travail et plongée dans une profonde dépression.

50. Par courrier du 30 octobre 2017 à l'assureur, le Dr N_____ a indiqué appuyer « le recours » de l'assurée contre la décision du 17 octobre 2017. Tout en rappelant en substance la teneur de son rapport du 11 juillet 2017, ce médecin a précisé qu'il craignait une chronicisation de l'état dépressif de sa patiente mais qu'en aucun cas, cette « aggravation » ne pouvait être imputée à une cause autre que l'accident de 2009.
51. Le 3 novembre 2017, l'assurée a complété oralement son opposition du 24 octobre 2017 dans les locaux de l'assureur. Selon le procès-verbal y relatif, elle a rappelé qu'avant la reprise de son activité de nettoyeuse aux HUG à 70 %, l'assureur lui avait proposé, en présence du médecin du travail des HUG, un taux de travail de 60 % et un taux de rente de 40 %. Cependant, l'assurée avait préféré aller au maximum de ce qu'elle pouvait en reprenant son activité professionnelle à 70 %. Mais aujourd'hui, elle se rendait compte qu'elle n'arrivait pas à assumer ce taux d'activité, raison pour laquelle elle demandait que sa rente soit revue à la hausse, soit au taux de 40 %.
52. Dans une lettre de sortie du 23 janvier 2018, les docteurs O_____ et P_____, respectivement médecin chef de service et médecin interne auprès de la clinique genevoise de Montana, ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans leur établissement du 11 novembre au 6 décembre 2017 et y avait bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire. Ces médecins ont diagnostiqué, à titre principal, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère et, sur le plan des comorbidités, des céphalées chroniques et cervicalgies chroniques non déficitaires, post-traumatiques.
53. Par décision du 26 février 2018, l'assureur a rejeté l'opposition en estimant que l'assurée n'avait pas apporté la preuve d'une aggravation des troubles dont elle souffrait au titre de l'accident assuré. De ce fait les conditions d'une révision de rente n'étaient pas réalisées.
54. Le 9 avril 2018, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à l'audition des Drs N_____ et L_____, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, rhumatologie et neurologie) et, principalement, à l'annulation de la décision du 26 février 2018 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente fondée sur une incapacité de travail de 100 %, subsidiairement de 40 %. Plus subsidiairement, l'assurée a conclu au renvoi du dossier auprès de l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a fait valoir en substance qu'il ressortait de la décision litigieuse que l'intimée était entrée en matière sur la demande de révision de la rente, ce qui démontrait que la recourante avait rendu vraisemblable une péjoration de son état de santé. Dès lors que l'intimée était entrée en matière, il lui appartenait d'entreprendre d'office une instruction complète du dossier pour déterminer l'état de santé actuel de la recourante. En l'espèce, l'intimée n'avait rien

entrepris de tel. En particulier, elle n'avait procédé à aucun examen médical de la recourante, notamment par son médecin d'arrondissement, se contentant de fonder sa décision sur les rapports médicaux des médecins traitants pour nier, de façon laconique, l'existence d'une aggravation. S'agissant des douleurs cervicales, l'intimée s'était fondée sur un rapport du 17 février 2013 de la CRR pour nier leur lien de causalité avec l'accident. Or, lors du séjour de la recourante dans cet établissement, on lui avait au contraire indiqué que les douleurs cervicales étaient en lien avec l'accident. De plus, contrairement à ce que retenait la décision litigieuse, ces douleurs avaient été objectivées par une IRM que la Dresse BESSE M_____ avait pratiquée le 31 janvier 2017. Il existait dès lors un déficit organique objectivable qui avait entraîné, par répercussion, une aggravation des troubles psychiatriques. À cet égard, l'appréciation du 26 juillet 2017 du Dr C_____ ne possédait aucune force probante. En effet, si ce psychiatre- conseil estimait que le rapport du 11 juillet 2017 du Dr N_____ était insuffisant ou incomplet, il appartenait à l'intimée d'instruire le dossier sur cet aspect.

55. Par réponse du 3 mai 2018, l'intimée a soutenu que les cervicalgies dont se plaignait actuellement la recourante étaient déjà présentes au moment où le droit à la rente avait été fixé. Cependant lors du séjour à la CRR, la présence d'atteintes objectives avait été écartée, à tout le moins d'atteintes en lien de causalité naturelle vraisemblable avec l'accident du 29 octobre 2009. Pas davantage aujourd'hui qu'à l'époque, ces douleurs ne pouvaient être rattachées, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, à cet accident. Compte tenu du défaut de causalité, il n'était pas déterminant de chercher à savoir si de telles douleurs avaient connu ou non une aggravation que l'on pourrait constater, une atteinte organique devant être niée. Sur le plan psychiatrique, une aggravation ne pouvait pas non plus être constatée. Au moment de la décision querellée, la situation était grosso modo la même qu'au moment où le droit à la rente de 30 % avait été fixé. C'était ce qu'avait établi l'instruction conduite au cours de la procédure d'opposition. Il n'y avait pas lieu de confondre, à cet égard, une chronicisation des troubles annoncés avec une aggravation matérielle de ceux-ci. Ce constat s'imposait suite aux avis exprimés par les médecins d'arrondissement de l'intimée, en particulier sur le plan psychiatrique les 19 avril et 26 juillet 2017. Ces avis avaient été exprimés en toute connaissance de cause, sur la base de toutes les pièces médicales à disposition, lesquelles étaient suffisantes. Partant, ils avaient pleine valeur probante.
56. Par réplique du 15 mai 2018, la recourante a réitéré en substance ses griefs à l'encontre de la décision litigieuse et persisté à demander les actes d'instruction sollicités.
57. Le 18 mai 2018, une copie de cette écriture a été transmise pour information à l'intimée.
58. Sur quoi, la cause a été gardée 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^{er} 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA-GE).

Datée du 26 février 2018, la décision querellée a été notifiée au plus tôt le lendemain. En conséquence, le délai de recours a commencé à courir le 28 février 2018. Suspendu du 25 mars au 8 avril 2018, il a repris son cours le 9 avril 2018 et est arrivé à échéance le 13 avril 2018. Posté le 9 avril 2018, le recours a été interjeté en temps utile. Cet acte satisfait également aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Il sera donc déclaré recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre, par voie de révision, à une augmentation de la rente d'invalidité de 30 % que l'intimée lui a allouée par décision du 16 avril 2014 – entrée en force.
5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

b. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

L'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une

amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

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

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; voir également

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).

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

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt 8C_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de révision de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du

Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). La jurisprudence a précisé qu'il est admissible qu'elle prenne effet à partir du premier jour du mois suivant la date de notification de la décision de l'assureur-accidents lorsqu'il est établi que les conditions matérielles de la révision sont réunies à cette même date (cf. ATF 140 V 70; arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.1.1).

b. Par ailleurs, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). En outre, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA).

8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

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

9. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références).

Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du

Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Si une révision des prestations a été demandée en application de l'art. 17 al. 1 LPGA, cela implique que l'assureur se penche sur l'évolution de l'état de santé jusqu'à la prise d'une décision sur opposition. Il incombe ainsi à l'assureur de procéder aux investigations nécessaires pour la période concernée (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015 ad art. 43 LPGA, p. 572 n. 21 et la référence à un arrêt cantonal publié in SVR 2006 IV n° 17 dans lequel les juges avaient estimé que le principe inquisitoire avait été violé en tant que l'office de l'assurance invalidité s'était fondé sur une expertise vieille de 15 ans malgré la mise en évidence d'un substrat médical nouveau par le médecin traitant généraliste de l'assuré).

En présence de cas complexes, tels ceux dans lesquels il existe, après un traumatisme de la colonne cervicale, une persistance des symptômes dans la durée, une évaluation pluridisciplinaire par des spécialistes est en règle générale indiquée (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.3).

10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ;

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

11. En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 16 avril 2014 avec celle prévalant au moment de la décision sur opposition du 26 février 2018 afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision initiale du 16 avril 2014 se fondait, d'un point de vue orthopédique, sur les avis du Dr J_____ du 29 mars 2013 et du 12 juillet 2013 et, d'un point de vue psychiatrique, sur l'examen psychiatrique du 5 juin 2013 du Dr C_____.

Le 1^{er} mai 2015, l'assurée a formé, par l'intermédiaire du Dr L_____, une demande de révision de rente en faisant valoir une diminution de sa capacité de travail à 60 % en raison d'une aggravation de ses douleurs cervicales. Après avoir admis, par décision sur opposition du 8 décembre 2016, le versement d'indemnités journalières pour l'incapacité de travail totale du 3 février au 13 mars 2016 (et donc un lien de causalité entre cet arrêt de travail et l'accident du 29 octobre 2009), l'intimée a reconsidéré sa position le 15 décembre 2016 en faisant savoir à la recourante qu'elle acceptait son opposition du 24 mai 2016 en ce sens qu'elle reprenait l'instruction du cas mais non le paiement d'indemnités journalières. En d'autres termes, l'intimée est entrée en matière sur la demande de révision en vue de déterminer s'il existait, d'un point de vue médical, une aggravation de l'état de santé de la recourante et, dans l'affirmative, s'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existait un lien de causalité entre ladite aggravation et la réduction de la capacité de travail à 60 %. Par décision du 17 octobre 2017, confirmée sur opposition le 26 février 2018, l'intimée a rejeté la demande de révision de rente en faisant valoir que la recourante n'avait pas apporté la preuve de l'existence d'une aggravation des troubles en lien de causalité avec l'accident. Pour tirer cette conclusion, l'intimée s'est fondée, d'un point de vue orthopédique, sur les avis du Dr J_____ des 31 mars 2016, 16 mars 2017 et 8 août 2017 et, d'un point de vue psychiatrique, sur les appréciations du Dr C_____ du 19 avril 2017 et 26 juillet 2017.

Avant d'examiner la valeur probante de ces rapports médicaux, il convient de rappeler préalablement qu'il est constant que la recourante a souffert, le 29 octobre 2009, d'un traumatisme cranio-cérébral et que même si l'intimée a estimé, lors de l'octroi de la rente en avril 2014, qu'il n'y avait pas de limitation orthopédique et que l'exigibilité d'une reprise progressive de l'activité habituelle était laissée à l'appréciation des psychiatres (cf. avis du Dr J_____ du 29 mars 2013), elle n'en a pas moins continué à prendre en charge, après l'octroi de la rente, non seulement des séances de psychothérapie mais aussi des injections au visage pour les cicatrices, des antalgiques ainsi que des séances de « physiothérapie, thérapie manuelle ». En effet, selon la jurisprudence relative aux traumatismes de type « coup du lapin », traumatismes cranio-cérébraux ou autres traumatismes analogues, il n'y a pas lieu de distinguer entre les troubles physiques et psychiques

du cas car il n'est pas décisif, pour l'appréciation du lien de causalité adéquate (qui est une question juridique), à tout le moins en cas d'accident revêtant une certaine gravité, que les plaintes consécutives à un tel traumatisme soient, d'un point de vue médical, plutôt d'origine organique ou psychique, d'autant qu'une telle distinction se heurte parfois à des difficultés considérables au vu de la complexité d'un tableau clinique protéiforme (ATF 134 V 109 consid. 6.2.1 et 10.1). Aussi importe-t-il, en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin », cranio-cérébral (ou assimilé) laissant présager la persistance, voire la chronicisation de troubles, de procéder à une évaluation médicale pluridisciplinaire axée sur des investigations neurologiques, orthopédiques, psychiatriques et, cas échéant, neuropsychologiques (ATF 134 V 109 consid. 9.3 à 9.5).

12. En l'espèce, de telles investigations pluridisciplinaires ont bien été menées à la CRR du 25 janvier au 8 février 2012. L'intimée s'en est en revanche abstenue dans le cadre de la demande de révision formée le 1^{er} mai 2015, bien qu'elle ait déclaré reprendre l'instruction du cas (cf. décision du 15 décembre 2016). Or, force est de constater que cette lacune est mise en exergue par le Dr J_____ lui-même en tant qu'il indique, dans son appréciation du 8 août 2017, qu'il ne peut pas se prononcer sur les incapacités de travail dans la mesure où aucune évaluation somatique n'est disponible de la part du médecin traitant et que « dans l'état du dossier », les incapacités de travail attestées depuis le droit à la rente ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. Ainsi, contrairement à ce que soutient l'intimée dans sa réponse du 3 mai 2018, il serait erroné (et contradictoire par rapport à la prise en charge d'antalgiques et de séances de physiothérapie après la rente) de considérer qu'au vu du défaut de causalité entre l'accident et les douleurs au moment de l'octroi de la rente, il ne serait « pas déterminant de chercher à savoir si de telles douleurs ont connu ou non une aggravation que l'on pourrait constater, une atteinte organique devant être niée ». Quant au caractère dégénératif de l'aggravation – des troubles de la nuque – retenu par le Dr J_____ (appréciation du 16 mars 2017), il ne convainc pas dans la mesure où ce médecin s'abstient, même d'un point de vue orthopédique, d'indiquer sur quel(s) rapport(s) il se fonde pour aboutir à une telle conclusion et pour quel motif il y parvient. Au demeurant, la recourante a bien versé au dossier une IRM cervicale du 31 janvier 2017 dont les conclusions (perte de lordose physiologique et discopathie C5-C6) ne se recourent pas avec les précédentes IRM de la colonne cervicale et constituent donc objectivement un élément nouveau. En l'absence de référence expresse à ce rapport du 31 janvier 2017, on ignore cependant comment le médecin d'arrondissement se détermine à ce sujet.

S'agissant du volet psychique du cas, la chambre de céans constate que le Dr C_____, dans son appréciation du 19 avril 2017, indiquait les motifs pour lesquels il ne pouvait retenir, en l'état, de lien de causalité entre le diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par le Dr N_____ (diagnostic réfuté par le Dr C_____ dans ses rapports du 22 septembre 2010 et 6 juin 2013) et l'accident

du 29 octobre 2009. Or, force est de constater que les précisions supplémentaires souhaitées par le Dr C_____ n'ont pas été relayées par le gestionnaire du dossier puisque ce dernier a relancé le Dr N_____ en lui demandant d'indiquer « quelle est la gravité de la symptomatologie psychique qui conditionne le handicap généré ? ». Et le Dr C_____ d'ajouter le 26 juillet 2017 que le rapport du 11 juillet 2017 du Dr N_____ ne répondait pas « aux questions demandées ».

Au vu de ces éléments, la décision entreprise repose sur une instruction très lacunaire et des appréciations médicales qui ne le sont pas moins et qui se révèlent, partant, dénuées de valeur probante. Quant aux rapports des médecins traitants, ils ne sont pas suffisamment précis pour savoir si l'aggravation des douleurs alléguée est corrélée par une aggravation de l'état de santé en lien avec l'accident du 29 octobre 2009 et si celle-ci est effectivement de nature à justifier une incapacité de travail de 100 % ou 40 %.

En l'état actuel, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de déterminer s'il existe, depuis la décision de rente du 16 avril 2014, une aggravation de l'état de santé de la recourante en lien de causalité avec l'événement du 29 octobre 2009. En conséquence, la décision sur opposition du 26 février 2018 doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant à tout le moins un volet neurologique, orthopédique et psychiatrique. Cela fait, il incombera à l'intimée de rendre une nouvelle décision.

13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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.
3. Annule la décision du 26 février 2018 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Alloue à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'500.- à la charge de l'intimée.
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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le