RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2458/2020 **ATAS/390/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 mai 2022

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX, représentée par Monsieur BUGNON Roland	recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sis Case postale, 1001 LAUSANNE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1959, de nationalité espagnole et mariée, a été engagée depuis le 1er octobre 2009 comme femme de ménage à plein temps par Monsieur L_____. Dans le contrat de travail, il est précisé qu'elle bénéficiera d'une heure de pause à l'heure du déjeuner et qu'elle serait nourrie aux frais de l'employeur. Par la suite, le contrat de travail a été repris par M_____ & Cie (ci-après: l'employeur), le lieu de travail restant le même, au salaire mensuel déclaré de CHF 4'200.- en dernier lieu. À ce titre, l'employée était assurée auprès d'Helsana Accidents SA (ci-après: l'assurance-accidents) contre le risque d'accident.

2. Le 16 octobre 2014, l'employée s'est fait renverser par une voiture en traversant un passage à piétons, ce qui a provoqué une incapacité de travail totale. Elle a été hospitalisée du 23 octobre au 14 novembre 2014 dans l'unité physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG). Selon la lettre de sortie du 17 novembre 2014, elle présentait une fracture de l'aileron sacré gauche, s'étendant au 1er foramen sacré, une fracture déplacée des branches ilio- et ischio-pubiennes gauches et une fracture de la tête fibulaire gauche, ainsi qu'une lésion dentaire.

3. Les suites de cet accident ont été prises en charges par l'assurance-accidents.

4. Après une reprise du travail entre le 3 août 2015 et le 1er mai 2016 à 100%, l'assurée a été de nouveau en incapacité de travail totale, en raison d'une recrudescence des douleurs.

5. Le 14 octobre 2016, l'assurée a requis les prestations de l'assurance-invalidité.

6. Le 18 octobre 2016, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a procédé à une intervention chirurgicale consistant en une libération d'adhérences locorégionales, une neurolyse du nerf obturateur et une exostosectomie d'une partie du cal vicieux. Selon son rapport d'hospitalisation du 21 octobre 2016, l'évolution post-opératoire montrait une quasi disparition des douleurs, ainsi qu'une complète disparition de l'hypoesthésie et de la paresthésie au niveau du territoire du nerf obturateur.

7. Du 20 décembre 2016 au 23 avril 2017, l'assurée a repris le travail à 50%. Dès le 24 avril 2017, son incapacité de travail était de nouveau totale, selon la doctoresse C_____.

8. L'assurée a été soumise à plusieurs expertises par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Dans son expertise du 4 avril 2017, cet expert a constaté des névralgies obturatrices gauches post-traumatiques limitant la capacité de travail de l'assurée à 50% dans son activité habituelle de femme de ménage. Cette capacité ne pouvait pas être augmentée à moyen terme. Elle était limitée en raison des douleurs le long des adducteurs gauches à l'effort et lors des stations debout et assise prolongées, ainsi qu'à genoux et penchée en avant. Dans toute autre activité professionnelle en position semi-

assise libre, sans manutention lourde, l'assurée "pourrait d'ores et déjà retrouver (sic) une pleine capacité de travail".

9. Par décision du 2 juin 2017, l'assurance-accidents a mis un terme à ses prestations au 31 août 2017, soit après un délai d'adaptation de trois mois, au motif qu'une activité professionnelle adaptée en position semi-assise libre, sans manutention lourde, pouvait être raisonnablement exigée à 100%. Toutefois, elle a admis que l'état de santé n'était pas encore stabilisé, de sorte que le droit aux prestations pour les traitements médicaux subsistait.

10. En juin 2017, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 août 2018. Depuis cette date, elle est à la charge de l'Hospice général.

11. Selon une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) réalisée le 22 juin 2017, l'assurée présentait notamment une coxarthrose bilatérale, plus marquée à gauche, et une arthrose au niveau de la symphyse pubienne et au niveau des articulations sacro-iliaques bilatérales, plus marquée à gauche avec un remaniement oedémateux sous-chondral. Une infiltration et un bloc de douleur du nerf obturateur gauche sous contrôle CT Scanner ont été réalisés avec une nette diminution des douleurs immédiatement après l'infiltration.

12. Le 27 juin 2017, l'assurée a formé opposition à la décision de l'assurance-accidents, par l'intermédiaire de son conseil. Le 18 août 2017, elle a complété son opposition, en concluant à l'annulation de la décision et à la reprise du versement des indemnités journalières. L'assurée a soutenu que tant que son état n'était pas stabilisé, une pleine capacité de travail ne pouvait être retenue. Celle-ci était au maximum de 50% dans toute activité. Toutefois, selon la Dresse C_____, elle présentait une incapacité de travail totale.

13. Dans son rapport du 29 juin 2017, la Dresse C_____ a noté à l'examen clinique une dysesthésie des 2/3 proximal de la face interne de la cuisse gauche, une douleur aiguë à la palpation au niveau de l'insertion des adducteurs et une rotation en flexion de la hanche gauche limitée à 30°. L'électroneuromyographie (ci-après: ENMG) des membres inférieurs, effectuée le 7 juin 2017, était normale. Toutefois, cliniquement, un syndrome irritatif non déficitaire du nerf obturateur gauche était retenu. Elle a considéré que la capacité de travail était nulle dès le 24 avril 2017.

14. Dans son courrier du 31 août 2017 au docteur E_____, le Dr B_____ s'est prononcé sur l'IRM précitée et l'infiltration du nerf obturateur gauche. Il a rappelé que le résultat post-opératoire avait été positif pendant quelques mois, mais était devenu négatif après la reprise de l'activité professionnelle. L'assurée se plaignait d'une douleur située au pli de l'aine avec une irradiation vers le genou, soit au-delà de l'innervation du territoire du nerf obturateur. La position assise prolongée et la flexion de la hanche étaient douloureuses. Un bilan neurologique, afin d'exclure un problème de compression persistante du nerf obturateur, s'était avéré négatif. Au vu du résultat de l'IRM et des plaintes actuelles de l'assurée, ce médecin se demandait si ce n'était pas la coxarthrose qui la gênait. Il a demandé une infiltration intra-

articulaire pour voir quel était l'effet d'une anesthésie dans l'articulation coxo-fémorale (gauche) sur la symptomatologie globale. En cas de résultat positif de cette infiltration, un remplacement prothétique de cette hanche était recommandé.

15. Le 3 octobre 2017, le Dr B_____ a informé l'assurance-accidents que l'injection intra-articulaire au niveau de la hanche gauche n'avait pas apporté d'amélioration de la symptomatologie. Il a ainsi maintenu le diagnostic de syndrome irritatif non-déficitaire du nerf obturateur gauche suite à la fracture du bassin. Il s'agissait d'un contexte de dégâts neurologiques qui ne pouvait être récupéré par une chirurgie. L'assurée était gênée dans la vie de tous les jours et dans l'impossibilité de reprendre son ancien emploi. Il y avait lieu d'investiguer toutes les possibilités de traitement peu invasif comme la thérapie neurale.

16. Le 27 novembre 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance-accidents, a confirmé que l'état de santé de l'assurée était stabilisé sans véritable traitement pouvant améliorer la situation.

17. Le 13 décembre 2017, l'expert D_____ a de nouveau examiné l'assurée. Dans son rapport du 15 décembre 2017, il a relevé que celle-ci avait l'impression que son état s'était nettement péjoré depuis le printemps 2017. Elle se plaignait de douleurs permanentes le long des adducteurs à la face interne de la cuisse gauche jusqu'au tubercule des adducteurs sous forme de brûlures et de tiraillements, parfois de sensations électrisantes. Les douleurs étaient très fortes durant la journée et disparaissaient la nuit. Elles étaient exacerbées à la marche, en montée et lors de la position assise prolongée. Elle devait alterner les positions debout et assise. Le périmètre de marche n'était pas limité. Elle n'avait aucune idée de ce qu'elle pourrait faire professionnellement et était très affectée par sa situation socio-professionnelle, passant de pleurs au tremblement de rage, dès lors qu'elle considérait que la prise en charge médicale avait été mauvaise. Depuis deux semaines, elle suivait un traitement psychiatrique. Contrairement au radiologue, l'expert ne trouvait pas de signe de coxarthrose des deux hanches. Il s'agissait tout au plus de petits troubles dégénératifs débutants, lesquels n'expliquaient par les fortes douleurs alléguées. Celles-ci n'avaient en outre pas changé après une infiltration test, ce qui prouvait que leur origine n'était pas de nature ostéo-articulaire. L'expert a ainsi maintenu son précédent diagnostic de névralgie obturatrice gauche post-traumatique et confirmé que, sur le plan strictement anatomique, sans tenir compte des facteurs psychosociaux professionnels, l'état somatique de la patiente devrait être compatible avec une activité adaptée, notamment dans une profession légère en position semi-assise libre. La situation était stabilisée. Sur le plan ostéo-articulaire, il n'y avait pas de lésion anatomique objectivable susceptible d'expliquer les plaintes. Des expertises neurologique et psychiatrique pourraient être envisagées.

18. Dans son avis médical de janvier 2018, le Dr F_____ a confirmé une capacité de travail de 100% et a considéré que l'état était stabilisé fin juin 2017.

19. Par courriers des 20 février et 15 mars 2018, la doctoresse G_____, médecin praticienne FMH, a informé l'assurance-accidents que l'assurée souffrait de douleurs invalidantes en position semi-assise, lors de la marche et en position debout statique avec appui sur la jambe gauche, malgré un traitement antalgique de palier III bien conduit. Les différentes positions ne pouvaient être maintenues que pendant quelques minutes. Il n'était pas envisageable que l'assurée reprît une activité professionnelle.

20. Par courrier du 15 mars 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, s'est étonnée de ce que le Dr D_____ retînt une pleine capacité de travail, alors que cela était contredit par les Drs B_____ et G_____ et que l'expert ait retenu une péjoration de l'état de santé. Dès lors que ce dernier estimait que des expertises neurologique et psychiatrique devraient être demandées, il y avait lieu de considérer que son état n'était pas stabilisé, tant que ses troubles au niveau neurologique et psychiatrique n'avaient pas été investigués. L'expert avait en outre omis de prendre en considération ses douleurs importantes, lesquelles étaient particulièrement douloureuses précisément dans la position semi-assise et donc incompatibles avec tout activité professionnelle. Par ailleurs, elle n'avait pas d'antécédents psychiatriques ou somatiques avant l'accident.

21. Le 26 mars 2018, le Dr F_____ a relevé qu'il n'y avait pas de lésion objectivable sur le plan ostéo-articulaire. De surcroît, l'ENMG était normale. Il n'y avait pas d'explications pour l'origine des plaintes dans les courriers de la Dresse G_____. Les douleurs pouvaient avoir des causes psychiques, neuropsychologiques ou psychosociales, ce qui n'était pas couvert par la loi sur l'assurance-accidents. En ce que l'expert avait indiqué que l'assurée "devrait" reprendre une activité professionnelle, il avait probablement fait référence à d'autres facteurs possibles qui n'avaient rien avoir avec le traumatisme initial.

22. Par courrier du 22 juin 2018, le Dr D_____ a confirmé les conclusions de ses expertises.

23. Dans son rapport d'expertise du 11 octobre 2018, le docteur H_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a retenu l'hypothèse du diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles à symptomatologie somatique apparentée, de gravité tout au plus légère. Il s'agissait d'une nouvelle catégorie de diagnostic du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ci-après: DSM-5) qui a remplacé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Dans les tests psychométriques, les facteurs "somatisations" et "symptômes divers" étaient parfaitement dans les normes, ce que l'expert a cependant jugé contradictoire au vu de l'importance des plaintes douloureuses. L'assurée était très pessimiste quant à la reprise d'une activité lucrative et avait des réactions d'irritabilité et de menaces face à des douleurs qu'elle jugeait intolérables. Elle était bien entourée de ses proches et son fonctionnement quotidien ne paraissait pas entravé au-delà de quelques limitations dues aux douleurs. Elle a indiqué à cet égard à l'expert que celles-ci l'empêchaient de passer

l'aspirateur. Il y avait une incohérence entre l'importance du handicap exprimé, le peu de doléances psychiques et un fonctionnement psychosocial relativement conservé. L'expert a relevé en outre que l'assurée ne donnait jamais le sentiment de vouloir amplifier ou de majorer ses difficultés. Il n'y avait pas de troubles psychogènes. La capacité de travail au niveau psychiatrique avait toujours été totale.

24. Par courrier du 21 décembre 2018, l'assurée, représentée par un nouveau conseil, a relevé que l'attribution du mandat d'expertise au Dr D_____ ne présentait pas les garanties d'indépendance requises par la loi, dès lors que ce médecin partageait le même cabinet que le Dr F_____. Elle exprimait par conséquent des réserves quant aux expertises de cet expert.

25. Par courrier du 14 mai 2019, l'assurance-accidents a réfuté ce grief et a considéré que l'assurée était forclose de contester l'attribution du mandat à ce médecin, à défaut d'avoir soulevé une objection à cet égard précédemment.

26. Par courrier du 28 mai 2019, l'assurée a maintenu sa position.

27. Dans son complément d'expertise du 14 février 2019, l'expert psychiatre a répondu aux questions complémentaires de l'assurée relevant de son domaine de compétence. Concernant l'incohérence relevée dans son expertise, il a expliqué que l'assurée exprimait beaucoup de handicaps au niveau somatique, mais avait peu de doléances psychiques. Ses doléances physiques n'entraînaient pas un dysfonctionnement psychosocial majeur et n'étaient pas incapacitantes. La détresse psychosociale paraissait relativement modérée, raison pour laquelle elle a été qualifiée de tout au plus légère d'un point de vue psychiatrique. Elle disposait par ailleurs de moyens psychologiques suffisants pour assimiler les conséquences émotionnelles de l'accident. Il y avait une bonne concordance entre l'hétéro- et l'auto-évaluation, ce qui indiquait que l'assurée n'avait pas tenté d'amplifier ou de majorer les symptômes.

28. Dans son expertise du 30 septembre 2019, le docteur I_____, neurologue FMH, a constaté que l'assurée présentait à l'examen clinique une irritation sensitive du nerf obturateur gauche caractérisée par une zone d'hypoesthésie sur la face interne de la cuisse. Il n'a relevé aucun déficit moteur surajouté, ce qui était confirmé par la normalité de l'ENMG. Au niveau thérapeutique, les opiacés avaient été rapidement arrêtés en raison de l'apparition d'une asthénie secondaire. Les anti-inflammatoires n'apportaient pas les effets escomptés ni le Lyrica. Seule l'acupuncture avait amené une amélioration transitoire. L'assurée restait très limitée dans ses activités et devait rapidement se coucher après s'être levée et avoir vaqué à ses occupations ménagères. Elle passait la majeure partie de la journée sur le canapé. Sa fille l'aidait dans les activités ménagères et les courses. Lors de l'examen, l'assurée n'avait démontré aucune manifestation évocatrice d'une recherche de bénéfices secondaires ou de majoration. L'expert a retenu les diagnostics de status après fractures du bassin et de la tête du péroné, d'irritation sensitive du nerf obturateur gauche, post-

opératoire, de douleurs des insertions des adducteurs au niveau de la symphyse pubienne et de status après fracture de la dent 27. L'anamnèse et les constatations cliniques étaient parfaitement cohérentes et plausibles et il n'y avait aucun élément en faveur d'une majoration ou exagération des troubles, lesquels étaient corroborés par des données radiologiques et cliniques. Les troubles neurologiques étaient très discrets et limités à des troubles sensitifs à la face interne de la cuisse gauche. Il existait cependant aussi des répercussions orthopédiques caractérisées par des douleurs d'insertion au niveau des adducteurs, augmentées lors de la mobilisation du bassin et du membre inférieur gauche. Le tableau de l'assurée était inhérent à une intrication entre des douleurs d'ordre neuropathique et nociceptif. L'intervention du Dr B_____ et du Prof. J_____ avaient engendré des troubles sensitifs post-opératoires intéressant le territoire du nerf obturateur. L'ensemble de ce tableau semblait avoir un lien de causalité naturelle avec l'accident. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à cet évènement. Le statu quo ante vel sine était atteint. Les limitations de la capacité de travail étaient liées essentiellement à des douleurs d'ordre insertionnel au niveau des adducteurs et des troubles sensitifs à la face interne de la cuisse. La mobilisation de la jambe engendrait une douleur, mais celle-ci apparaissait aussi lors du maintien de certaines positions, même assise. Une activité professionnelle à 100% en tant qu'employée de maison ne semblait de ce fait pas envisageable. Toutefois, les troubles neurologiques très discrets ne justifiaient pas en soi une incapacité de travail significative. Quant aux douleurs d'ordre insertionnel, elles entraient dans le cadre des troubles orthopédiques, raison pour laquelle l'appréciation de la capacité de travail liée à ces troubles appartenait aux spécialistes en orthopédie. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité adaptée, elle était proche de 100%, dès lors qu'il n'y avait pas de limitation significative d'ordre neurologique pure. La conjonction des douleurs nociceptives et neuropathiques pourrait diminuer la capacité de travail de l'ordre de 10 ou 20% dans une activité sédentaire ou des changements de position étaient possibles. La capacité de travail était limitée en raison des douleurs. L'état était stabilisé. Néanmoins, l'expert a considéré qu'il existait des suites orthopédiques qui "pourraient peut-être engendrer une amélioration de son état". L'atteinte à l'intégrité physique était au maximum de 5%.

29. Dans son rapport d'octobre 2019, le Dr F_____ s'est déterminé sur l'expertise du Dr I_____. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% et, dans une activité semi-assise, sans port de charges supérieures à 5kg de manière répétitive, de 90%, au pire de 85%. L'incapacité de travail n'était pas définitive si l'état de santé était amélioré par les traitements proposés, lesquels semblaient toutefois peu efficaces. Avec les atteintes orthopédiques, le médecin-conseil de l'assurance-accidents a évalué l'atteinte à l'intégrité physique à 10%.

30. Dans son rapport complémentaire du 25 octobre 2019 à l'attention de l'assurance-accidents, le Dr I_____ a confirmé pour l'essentiel les conclusions de son expertise.

31. Le 27 octobre 2019, le Dr F_____ a indiqué à l'assurance-accidents que l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé le 13 décembre 2017, comme retenu par le Dr D_____ et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 85%, conformément à l'expertise du Dr I_____.

32. Par décision du 13 mars 2020, l'assurance-accidents a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% d'un montant de CHF 12'600.- et lui a refusé la prise en charge des frais de guérison dès la date de cette décision.

33. Par décision du 7 avril 2020, l'assurance-accidents a retenu que l'état était stabilisé depuis le 13 décembre 2017 et a octroyé à l'assurée les indemnités journalières à 100% du 1er septembre au 12 décembre 2017 et à 15% du 13 au 31 décembre 2017, considérant que sa capacité de travail était de 85% dès cette date. En comparant son revenu sans invalidité adapté à l'évolution des salaires en 2019, de CHF 51'170.-, au salaire statistique de CHF 47'072.50 qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée, il en résultait une perte de gain de 8%. Un taux inférieur à 10% ne donnant pas droit à une rente, l'assurance-accidents lui a refusé cette prestation. Elle lui a également octroyé le droit à la prise en charge des frais de guérison jusqu'au 12 mars 2020, date de sa décision sur l'atteinte à l'intégrité.

34. Par décision du 11 mai 2020, l'assurance-accidents a partiellement admis l'opposition à la décision du 2 juin 2017 et a octroyé à l'assurée les indemnités journalières à 100% du 1er septembre au 12 décembre 2017 et à 15% du 13 au 31 décembre 2017, ainsi que le droit à la prise en charge des frais de guérison jusqu'au 12 mars 2020.

35. Le 15 mai 2020, l'assurée s'est opposée à la décision du 13 mars 2020 en concluant à son annulation en ce que la prise en charge des frais de consultation et de soins facturés par le Centre de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) était refusée.

36. À la même date, elle a également formé opposition à la décision du 7 avril 2020, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité minimale de 25%, ainsi qu'à la prise en charge des frais de consultation et soins au Centre de la douleur des HUG, au motif que le calcul de sa perte de gain était erronée.

37. Par décision du 16 juin 2020, l'assurance-accidents a rejeté les oppositions. Il n'y avait pas lieu d'augmenter le salaire sans invalidité en tenant compte des prestations en nature sous forme de repas, dès lors qu'il ne s'agissait pas d'une prestation versée en espèce. Cette prestation n'avait de surcroît pas été déclarée par l'employeur et seul un montant dépassant la limite de CHF 180.- par mois aurait fait partie du salaire déterminant. Il n'était pas non plus prouvé que cette prestation avait été effectivement accordée et qu'elle avait été régulière, même si le contrat de travail la mentionnait. Par ailleurs, l'adaptation à l'évolution des salaires devait se faire sur la base des derniers chiffres disponibles avant la décision, soit en l'occurrence 2018. Il en allait de même pour les données statistiques de référence pour calculer le salaire d'invalide. Un abattement pour tenir compte de l'âge et des limitations

fonctionnelles n'était pas justifié selon la jurisprudence. Au demeurant, la diminution de rendement avait déjà été prise en compte dans la fixation du taux de capacité de travail par les experts. Quant aux longues années de service, elles n'avaient pas d'importance dans le cas de tâches physiques et manuelles simples.

38. Le 1er juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité du 1er mai 2017 au 28 février 2018. Ce faisant, il a considéré qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% dès décembre 2017. Sa perte de gain n'étant que de 27%, elle ne remplissait plus les conditions pour l'octroi d'une rente.

39. Par acte reçu le 19 août 2020, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 16 juin 2020, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente de 27% dès le 1er janvier 2018, sous suite de dépens. Elle a notamment contesté le montant du salaire sans invalidité, au motif qu'elle avait également bénéficié de prestations en nature sous forme de repas. S'agissant du salaire d'invalide, celui-ci était de CHF 46'479.-, en se fondant sur les statistiques de 2019, soit inférieur à ceux résultant des statistiques 2018. Il y avait par ailleurs lieu de tenir compte d'un abattement des salaires statistiques d'au moins 15% pour tenir compte de son âge et des années de service. Par ailleurs, l'OAI avait déterminé sa perte de gain à 27%.

40. Dans sa réponse du 22 octobre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Ni les fiches de salaires ni l'extrait du compte individuel AVS ne mentionnaient une prestation en nature et il n'était pas établi qu'une telle prestation avait été effectivement accordée de façon régulière. Les termes de "salaires et prestations" utilisés dans la fiche de salaire d'août 2017 laissaient en outre entendre que le salaire mensuel comprenait toute autre prestation. Enfin, le calcul de l'OAI ne lui était pas opposable, d'autant moins lorsque le taux d'invalidité était inférieur à 40%.

41. Dans sa réplique du 16 novembre 2020, la recourante a maintenu ses conclusions principales et a conclu, à titre préalable, à la mise sur pied d'une expertise orthopédique judiciaire. Elle a allégué avoir découvert fortuitement que l'expert D_____ partageait son cabinet médical avec le médecin-conseil de l'intimée. De ce fait, cet expert devait être récusé. Pour le surplus, elle a repris ses précédents griefs.

42. Dans sa duplique du 26 novembre 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Le Dr F_____ n'était pas l'associé du Dr D_____. Ils partageaient seulement les locaux et les frais y relatifs, de sorte que cela ne mettait pas en doute l'impartialité de l'expert. De surcroît, la recourante le savait déjà depuis avril 2015, date de la première expertise, de sorte que la récusation était tardive. Elle connaissait également depuis avril 2016 le nom du médecin conseil de l'intimé, soit lorsqu'elle avait reçu copie de son dossier. Elle avait ainsi accepté en toute connaissance de cause d'être expertisée par le Dr D_____. Pour le surplus, l'intimée a repris ses arguments antérieurs.

43. L'IRM de la hanche gauche réalisée le 25 août 2021 a mis en évidence des signes de coxarthrose visible sous forme de zones étendues d'amincissement du cartilage articulaire de la surface portante et de la portion antérieure de l'articulation avec réseau kystique sous-chondrale du toit du cotyle, ainsi qu'une lésion du labrum antérieur et supérolatérale.

44. Par courrier du 7 septembre 2021 à la Chambre de céans, le

45. Dr B_____ a attesté que l'état de la recourante était stable par rapport aux constatations du Dr I_____ et n'a pas exclu que la capacité de travail dans une position semi-assise pourrait être de 85% conformément à l'avis du Dr F_____, sous réserve d'une nouvelle IRM de la hanche gauche.

46. Par courrier du 20 septembre 2021, le Dr B_____ a informé la Dresse G_____ qu'une IRM avait confirmé une coxarthrose diminuant la capacité de travail en tant que femme de ménage.

47. Dans son rapport du 8 novembre 2021, le Dr D_____ s'est déterminé sur l'IRM précitée et a considéré que l'aggravation de la hanche gauche était sans lien de causalité naturelle avec l'accident. Les troubles dégénératifs très débutants des deux hanches, découverts fortuitement après l'accident, étaient indépendants de l'accident et n'expliquaient pas les plaintes.

48. Le 21 janvier 2022, le Dr B_____ a fait savoir à la chambre de céans qu'il ne partageait pas l'avis du Dr D_____.

49. Par courrier du 5 avril 2022, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et de la confier au professeur K_____, chirurgien orthopédiste.

50. Le 12 avril 2022, l'intimée s'est opposée au choix de l'expert, dès lors qu'il ne remplissait pas toutes les conditions légales exigées.

51. Le 18 avril 2022, la recourante a accepté le choix de l'expert et sa mission.

EN DROIT

1. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa

jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).

2. En l'occurrence, un fait nouveau est survenu en cours de procédure, l'IRM du 25 août 2021 mettant en évidence une aggravation de la hanche gauche.

a. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. En l'occurrence, il se justifie d'étendre l'objet du litige à cette aggravation par économie de procédure, s'agissant d'un accident survenu il y a plus de sept ans. Les parties ont par ailleurs pu s'exprimer sur cette aggravation et notamment le rapport de causalité naturelle.

Dans la mesure où le Dr B_____ ne partage pas l'avis du Dr D_____ au sujet du lien de causalité, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

3. L'intimée s'oppose à ce que celle-ci soit confiée au Prof. K_____, au motif que celui-ci ne dispose pas d'une certification de Swiss Insurance Medicine (ci-après: SIM).

   a. Selon l'art. 7m de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), entré en vigueur le 1er janvier 2022, les spécialistes en orthopédie ou en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent être titulaires d'une certification SIM, à l'exception des médecins-chefs et des chefs de service des hôpitaux universitaires (al. 2). Avec le consentement de l'assuré, il peut être renoncé à certaines des exigences énoncées aux alinéas 1 à 3, pour autant que des raisons objectives le nécessitent. Selon la disposition transitoire relative à la modification du 3 novembre 2021, si une certification SIM est requise, elle doit être obtenue dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de cette modification.

   b. Le Prof. K_____ est un médecin qui dispose d'une grande expérience et qui a été nommé déjà à plusieurs reprises comme expert judiciaire. La recourante a par ailleurs consenti à sa désignation comme expert. Enfin, selon les dispositions transitoires, les médecins disposent d'un délai de cinq ans depuis l'entrée en vigueur de l'art. 7m al. 2 OPGA pour obtenir la certification SIM.

   Cela étant, rien ne s'oppose en l'occurrence à ce que ce médecin soit désigné comme expert judiciaire.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise judiciaire de la recourante.

II. Commet à ces fins le professeur K_____.

III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, ainsi que de son entourage.

C. Examiner l'expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics

5. Les atteintes constatées, en particulier la coxarthrose à gauche, sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément, ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %)?

6. À partir de quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ? Si l'accident a décompensé un état maladif préexistant, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles concernant les diagnostics en rapport de causalité avec l'accident ?

8. Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

9. Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

10. Partagez-vous les conclusions de l'expertise du docteur D_____ du 13 décembre 2017 et son appréciation du 8 novembre 2021, ainsi que l'avis médical du médecin-conseil de l'assureur, le docteur F_____, d'octobre 2019 ?

11. Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée concernant les diagnostics en rapport de causalité avec l'accident

12. Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical, concernant les diagnostics en rapport de causalité avec l'accident, une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

13. Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

14. La personne expertisée présente-t-elle, le cas échéant, une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

15. Quel est le pronostic ?

IV. Invite l'expert à déposer, **dans un délai de trois mois**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

V. Réserve le fond.

La greffière — La présidente suppléante

Marguerite MFEGUE AYMON — Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le