RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2458/2020 **ATAS/323/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mai 2023

Chambre 8

En la cause

Madame A_____ recourante

représentée par Monsieur Roland BUGNON, mandataire

contre

HELSANA ACCIDENTS SA intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** 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 B_____ au salaire mensuel de CHF 3'800.-. 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 salaire a été augmenté à CHF 4'200.- par mois. À ce titre, l'employée était assurée auprès d'Helsana Accidents SA (ci-après : l'assurance-accidents ou la défenderesse) contre le risque d'accident.

b. Le 16 octobre 2014, l'employée s'est fait renverser par une voiture en traversant un passage piéton, 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.

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

d. 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.

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

f. Le 18 octobre 2016, le docteur C_____, 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.

g. 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 docteure D_____.

h. L'assurée a été soumise à plusieurs expertises par le docteur E_____, 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 une pleine capacité de travail.

i. 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.

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

k. 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.

B. **a.** 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 Dre D_____, elle présentait une incapacité de travail totale.

b. Dans son rapport du 29 juin 2017, la Dre D_____ 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.

c. Dans son courrier du 31 août 2017 au docteur F_____, le Dr C_____ 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.

d. Le 3 octobre 2017, le Dr C_____ 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.

e. Le 27 novembre 2017, le docteur G_____, 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.

f. Le 13 décembre 2017, l'expert E_____ 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.

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

h. Par courriers des 20 février et 15 mars 2018, la docteure H_____, 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.

i. Par courrier du 15 mars 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, s'est étonnée que le Dr E_____ ait retenu une pleine capacité de travail, alors que cela était contredit par les Drs C_____ et H_____ 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 toute activité professionnelle. Par ailleurs, elle n'avait pas d'antécédents psychiatriques ou somatiques avant l'accident.

j. Le 26 mars 2018, le Dr G_____ 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 Dre H_____. 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 à voir avec le traumatisme initial.

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

l. Dans son rapport d'expertise du 11 octobre 2018, le docteur I_____, 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 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.

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

n. 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.

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

p. 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.

q. Dans son expertise du 30 septembre 2019, le docteur J_____, 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 C_____ et du Prof. K_____ avait 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 permettant des changements de position. 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%.

r. Dans son rapport d'octobre 2019, le Dr G_____ s'est déterminé sur l'expertise du Dr J_____. 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%.

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

t. Le 27 octobre 2019, le Dr G_____ 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 E_____, et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 85%, conformément à l'expertise du Dr J_____.

u. 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.

v. 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.

w. 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.

C. **a.** 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 HUG était refusée.

b. 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 erroné.

c. 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, notamment en l'absence de leur déclaration par l'employeur et de preuve que cette prestation avait été effective et régulière. Elle a enfin maintenu son calcul de la perte de gain.

d. 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, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

D. **a.** Par acte reçu le 19 août 2020, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 16 juin 2020 de l'assurance-accidents, 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. Le revenu d'invalide retenu n'était pas non plus conforme au droit. Par ailleurs, l'OAI avait déterminé sa perte de gain à 27%.

b. 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%.

c. 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 E_____ 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.

d. Dans sa duplique du 26 novembre 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Le Dr G_____ n'était pas l'associé du Dr E_____. 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'intimée, soit lorsqu'elle avait reçu copie de son dossier. Elle avait ainsi accepté en toute connaissance de cause d'être expertisée par le Dr E_____. Pour le surplus, l'intimée a repris ses arguments antérieurs.

e. 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.

f. Par courrier du 7 septembre 2021 à la chambre de céans, le Dr C_____ a attesté que l'état de la recourante était stable par rapport aux constatations du Dr J_____ 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 G_____, sous réserve d'une nouvelle IRM de la hanche gauche.

g. Par courrier du 20 septembre 2021, le Dr C_____ a informé la Dre H_____ qu'une IRM avait confirmé une coxarthrose diminuant la capacité de travail en tant que femme de ménage.

h. Dans son rapport du 8 novembre 2021, le Dr E_____ 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.

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

j. Par ordonnance du 2 mai 2022, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire et l'a confiée au professeur L_____, chirurgien orthopédiste.

k. Dans son expertise du 29 octobre 2022, l'expert a notamment retenu, comme suite de l'accident, les diagnostics suivants : fracture du bassin par impact latéral type B2.1 ou LC1 avec fracture-impaction de l'aileron sacré gauche s'étendant au 1er foramen sacré et fractures déplacées et chevauchantes des branches ilio- et ischiopubienne gauches ; contusion de type neuropraxie ou axonotmésis du nerf obturateur gauche ; contusion et adhérences de la paroi vésicale gauche ; contusion de l'articulation coxo-fémorale gauche, coxarthrose posttraumatique gauche et fracture peu déplacée du péroné proximal gauche. L'arthrose coxo-fémorale unilatérale gauche était probablement, voire très probablement, en lien direct avec l'impact sur l'articulation de la hanche subie lors de l'accident. La recourante n'avait jamais atteint le *statu quo ante*. Elle présentait des limitations fonctionnelles sous forme de douleurs invalidantes de la région inguinale limitant la position debout à une heure, et assise à 15 à 20 minutes, d'une diminution du périmètre de marche à moins d'une heure, d'une difficulté pour la montée et la descente des escaliers, et d'impossibilité de travailler en position accroupie, inclinée ou baissée (faire les lits, nettoyage à fond ou des sols, repassage, passage d'aspirateur). Le port de charges était limité à 2 à 3 kg et ne devait pas être répétitif. Les douleurs et gênes constantes de l'aine et de la hanche gauche entravaient également la concentration. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et la recommandation de retrouver une activité à 100% dans une profession légère en position semi-assise libre ne tenait pas compte des réalités cliniques. L'expert a préconisé comme traitement une prothèse totale de hanche. Le taux d'atteinte à l'intégrité pour la coxarthrose était de 30%. Le pronostic était favorable après la pose d'une prothèse de la hanche.

l. Le 14 novembre 2022, le Dr G_____ s'est déterminé sur l'expertise judiciaire. L'expert se fondait sur un grand nombre de suppositions entre l'éventuel cisaillement ayant induit les fractures du bassin et qui auraient aussi induit un cisaillement du cartilage coxo-fémoral, sans toutefois se référer à une doctrine médicale probante confirmant ce raisonnement. Une lésion cartilagineuse n'ayant été mise en évidence qu'en août 2021 *in casu*, le médecin d'arrondissement a considéré qu'il s'agissait d'une arthrose primaire à raison de 20% et d'une arthrose traumatique seulement entre 5 et 10%. Il n'y avait pas dans la littérature de corrélation statistique démontrée entre les fractures extra-articulaires du cotyle et une coxarthrose secondaire. Même si la littérature mentionnait la persistance de douleurs, de lésions urologiques ou nerveuses, voire d'hernies inguinales, il n'était pas possible d'affirmer avec certitude que la coxarthrose était une complication reconnue. Concernant l'atteinte à l'intégrité, elle ne pouvait être déterminée de façon précise, le cas n'étant pas stabilisé et la pose d'une prothèse totale de hanche pouvant induire des complications.

m. Dans sa détermination du 22 novembre 2022, l'intimée a persisté dans ses conclusions, sur la base de l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement. Il y avait des indices concrets contredisant les conclusions de l'expertise judiciaire et mettant ainsi en doute ses conclusions.

n. Dans sa détermination du 1er décembre 2022 sur expertise judiciaire, la recourante a conclu à la constatation qu'elle était affectée d'une coxarthrose gauche, à l'octroi d'une indemnité de 35%, en tenant compte du taux d'atteinte à l'intégrité de 5% retenu par le Dr J_____, et à la condamnation de l'intimée au paiement des frais de la pose d'une prothèse de la hanche, tout en persistant dans ses conclusions précédentes.

o. À la demande de la chambre de céans, M_____ l'a informée le 28 mars 2023 que l'employeur de la recourante avait toujours été Monsieur B_____ et qu'elle avait été nourrie dans le cadre de son activité durant le contrat de travail.

p. Par écriture du 4 avril 2023, l'intimée a maintenu qu'il n'y avait pas lieu de retenir des prestations en nature dans le salaire assuré.

q. Le 5 avril 2023, l'intimée a requis de soumettre les arguments soulevés par son médecin-conseil à l'expert judiciaire pour détermination.

r. Par écriture du 18 avril 2023, la recourante a soutenu que son salaire déterminant devait être augmenté de CHF 10.- par jour, pour tenir compte des prestations en nature.

s. Le 19 avril 2023, la recourante s'est opposée à la requête du 5 avril 2023 de l'intimée.

t. Sur ce, 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), 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.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

4. Se pose en premier lieu la question de l'objet du litige.

4.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, 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. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; 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 (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

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).

4.2 En l'espèce, la recourante ne conteste pas dans ses oppositions et son recours du 17 août 2020 le taux d'incapacité de travail retenu par l'intimée. Ce n'est que dans sa réplique du 16 novembre 2020 qu'elle met en cause l'impartialité du Dr E_____ qui avait été mandaté comme expert par l'intimée, et demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Implicitement, elle conteste ainsi à ce moment également le taux d'incapacité de travail.

Selon la jurisprudence, si seulement quelques éléments de la fixation de la rente, tel que le degré d'invalidité ou le début de la rente, sont contestés, cela ne signifie pas que les aspects non contestés de la décision acquièrent force de chose jugée et sont soustraits à l'examen judiciaire. L'instance de recours peut examiner les questions de droit non soulevées par les parties et procéder à des investigations y relatives (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417). Ainsi, même si la recourante n'a pas contesté son degré d'incapacité de travail initialement, mais uniquement le calcul de rente, il se justifie en l'occurrence d'inclure dans l'objet du litige la question de sa capacité de travail, celle-ci étant déterminante pour apprécier le droit à une rente.

Cependant, dans la mesure où la recourante n'a pas contesté le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, cette question ne fait pas l'objet du litige.

5. La recourante demande la récusation de l'expert E_____.

5.1 Aux termes de l'art. 15 al. 1 LPA, dont les causes de récusation s'appliquent aux experts en application de l'art. 39 al. 2 LPA, les membres des autorités administratives appelés à rendre ou à préparer une décision doivent se récuser :

a) s'ils ont un intérêt personnel dans l'affaire ;

b) s'ils sont parents ou alliés d'une partie en ligne directe ou jusqu'au troisième degré inclusivement en ligne collatérale ou s'ils sont unis par mariage, fiançailles, par partenariat enregistré, ou mènent de fait une vie de couple ;

c) s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire ;

d) s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité.

La demande de récusation doit être présentée sans délai à l'autorité (art. 15 al. 3 LPA).

5.2 En l'occurrence, indépendamment des motifs de récusation, la recourante n'a manifestement pas respecté le délai pour la demander. En effet, selon ses écritures du 16 novembre 2020, elle a découvert déjà fin 2018 que le Dr E_____ et le médecin-conseil de l'intimée se trouvaient dans le même cabinet. Elle en avait fait en outre part à son conseil qui s'en était étonné par son courrier du 21 décembre 2018 à l'intimée, dans lequel il émettait toutes réserves quant aux expertises de ce médecin, sans toutefois le récuser expressément. La demande de récusation du Dr E_____ demandée formellement dans ses écritures du 16 novembre 2020 doit par conséquent être rejetée pour cause de tardivité.

6. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1 LAA précise que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

Auparavant, en vertu de l'art 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Ce droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

7.

7.1 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

7.2 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

8. 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.

8.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale

(ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

8.3 Le juge peut accorder une 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).

9. 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 et les références). 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).

10. Dans son expertise du 29 octobre 2022, l'expert judiciaire retient notamment, comme suites de l'accident, les diagnostics suivants : fracture du bassin par impact latéral type B2.1 ou LC1 avec fracture-impaction de l'aileron sacré gauche s'étendant au 1er foramen sacré et fractures déplacées et chevauchantes des branches ilio- et ischiopubienne gauches ; contusion de type neuropraxie ou axonotmésis du nerf obturateur gauche ; contusion et adhérences de la paroi vésicale gauche ; contusion de l'articulation coxo-fémorale gauche, coxarthrose posttraumatique gauche et fracture peu déplacée du péroné proximal gauche. Le Prof. L_____ expose que toutes les fractures du bassin provoquent une déformation résiduelle, pouvant léser les organes qui s'y trouvent, soit en l'occurrence la vessie et les nerfs périphériques dont le nerf obturateur. La littérature médicale admet de façon unanime la gravité des séquelles des fractures instables du bassin. Une proportion importante de patients souffre ainsi de séquelles à long terme, quels que soient le type, le déplacement ou le traitement (chirurgical ou conservateur) de la fracture analysée. Les lésions neurologiques consécutives aux fractures du bassin sont handicapantes et laissent des séquelles fonctionnelles et douloureuses importantes. Lors de fractures à compression latérale du bassin, des forces considérables agissent sur les surfaces articulaires

cartilagineuses de la hanche incriminée et les dégâts articulaires sont à l'origine de l'apparition d'une coxarthrose, étant précisé que la coxarthrose n'est pas une fatalité, une large partie de la population n'en étant pas atteinte (> 80%).

In casu, l'arthrose coxo-fémorale unilatérale gauche est probablement, voire très probablement, en lien direct avec l'impact sur l'articulation de la hanche subi lors de l'accident, selon l'expert judiciaire. Certes, l'âge de la recourante au moment de l'accident (55 ans) et son métier physiquement éprouvant constituent des éléments susceptibles d'être à l'origine d'une coxarthrose dégénérative. Cependant, au vu de l'unilatéralité de la coxarthrose du côté de l'impact lors de l'accident et de l'absence de signes de coxarthrose à l'imagerie précoce, les effets dommageables de l'accident paraissent prépondérants dans la genèse de cette pathologie.

La recourante n'a jamais atteint le *statu quo ante*. Elle présente des limitations fonctionnelles sous forme de douleurs invalidantes de la région inguinale limitant la position debout à une heure, et assise à 15 à 20 minutes, d'une diminution du périmètre de marche à moins d'une heure, d'une difficulté pour la montée et la descente des escaliers, et de l'impossibilité de travailler en position accroupie, inclinée ou baissée (faire les lits, nettoyage à fond ou des sols, repassage, passage d'aspirateur). Le port de charges est limité à 2 à 3 kg et ne devrait pas être répétitif. Les douleurs et gênes constantes de l'aine et de la hanche gauche entravent également la concentration. La capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et la recommandation de retrouver une activité à 100% dans une profession légère en position semi-assise libre ne tient pas compte des réalités cliniques. L'expert a préconisé comme traitement une prothèse totale de hanche. Après la pose d'une prothèse de la hanche, le pronostic est favorable.

11.

11.1 Cette expertise remplit en principe les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur la connaissance du dossier médical intégral, un examen clinique approfondi et une analyse de la littérature médicale. Elle prend aussi en considération les plaintes de la recourante et arrive à des conclusions convaincantes.

11.2 Dans son rapport du 14 novembre 2022, le Dr G_____ conteste toutefois le lien de causalité entre l'accident et la coxarthrose gauche. Selon le médecin d'arrondissement, l'expert judiciaire se fonde sur un grand nombre de suppositions entre l'éventuel cisaillement ayant induit les fractures du bassin et qui aurait aussi induit un cisaillement du cartilage coxo-fémoral, sans toutefois se référer à une doctrine médicale probante confirmant ce raisonnement. Une lésion cartilagineuse n'ayant été mise en évidence qu'en août 2021 *in casu*, il s'agissait d'une arthrose primaire à raison de 20% et d'une arthrose traumatique seulement d'entre 5 et 10%, selon ce médecin. Il n'y a pas dans la littérature de corrélation statistique démontrée entre les fractures extra-articulaires du cotyle et une coxarthrose secondaire. La littérature mentionne certes la persistance de douleurs, des lésions

urologiques ou nerveuses, voire d'hernies inguinales, mais cela ne permet pas d'affirmer avec certitude que la coxarthrose est une complication reconnue.

11.3 En premier lieu, il sied de rappeler que l'expert judiciaire a rendu son expertise en connaissance du dossier intégral et que sa tâche était précisément d'éclairer la chambre de céans sur les aspects médicaux en cause. Il n'appartient ainsi en principe pas à la chambre de céans d'arbitrer une controverse médicale entre l'expert judiciaire et le médecin-conseil de l'intimée, même si ce dernier doit être également considéré comme un spécialiste. Au demeurant, l'expert judiciaire se fonde sur une étude de M. LEQUESNE de 1993, selon laquelle certaines contusions notamment sur le grand trochanter peuvent provoquer une coxarthrose post-traumatique à certaines conditions, étant précisé que le développement de la coxarthrose est un phénomène lent après une contusion qui peut s'étendre entre six mois et dix ans après le traumatisme. Selon une étude de CHUNG citée par le Prof. L_____, le taux de mise en place d'une prothèse totale pour coxarthrose est significativement plus élevé chez les patients victimes de fracture de l'anneau pelvien que dans la population témoin (expertise judiciaire p. 44 et réf.). En l'occurrence, l'expert judiciaire expose que les trois conditions de LEQUESNE pour admettre un lien de causalité entre le traumatisme à la hanche et la coxarthrose sont présentes, à savoir le type de la contusion consistant dans un impact latéral produisant une fracture du bassin, l'unilatéralité du côté traumatisé (coxarthrose du même côté que l'impact) et la cohérence entre la date du traumatisme et l'âge apparent de l'image de la coxarthrose, tout en tenant compte de l'âge de la recourante de 55 ans au moment de l'accident et de son travail physiquement éprouvant. Dans la mesure où l'imagerie précoce n'a pas mis en évidence de signes de coxarthrose, l'expert judiciaire conclut que les effets dommageables de l'accident paraissent prépondérants dans l'origine de la coxarthrose.

Compte tenu des explications du Prof. L_____, l'avis du Dr G_____ n'est pas propre à mettre en doute les conclusions du premier. Il est à rappeler également que l'avis du médecin d'arrondissement sur le lien de causalité en question n'est pas partagé par le Dr C_____, selon le courrier de son cabinet du 21 janvier 2022. Toutefois, l'avis de celui-ci n'est pas motivé.

À cela s'ajoute que la coxarthrose n'est pas la seule séquelle invalidante de l'accident en cause. En effet, l'expert judiciaire admet aussi un lien de causalité entre l'accident et la contusion de type neurapraxie ou axonotmésis du nerf obturateur gauche. Il considère que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée notamment à cause de la lésion de ce nerf. Il précise à cet égard que les atteintes consécutives à l'accident ont induit des douleurs neurologiques chroniques, des problèmes urinaires et finalement des douleurs liées à la coxarthrose. Les urgences urinaires et les douleurs neurologiques se sont améliorées par la suite, mais les douleurs et gênes provoquées par la coxarthrose persistent. Partant, selon cet expert, il y a très

probablement un rapport de causalité naturelle entre les plaintes de la recourante et son incapacité à reprendre son activité habituelle depuis l'accident. Les gênes fonctionnelles ne sont pas non plus compatibles avec une activité adaptée en raison des douleurs permanentes, de la mobilité limitée et de l'interférence avec la capacité de concentration.

Il sied également de rappeler que les plaintes de la recourante n'ont guère varié depuis l'accident et que les médecins traitants, en particulier les Dres D_____ et H_____, admettent également une incapacité de travail dans toute activité. Par ailleurs, il n'y a pas de facteurs psycho-sociaux qui peuvent expliquer l'importance des douleurs, selon l'expertise du Dr I_____. Aucun médecin ne met en outre en évidence une exagération des symptômes.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire emportent la conviction de la chambre de céans, de sorte qu'il n'est pas nécessaire que l'expert judiciaire se détermine sur l'avis divergeant du médecin-conseil de l'intimée.

12. Se pose ensuite la question de la stabilisation de l'état de santé.

L'intimée considère, sur la base des appréciations du Dr G_____ et des experts mandatés, que l'état est stabilisé depuis le 13 décembre 2017. Le 7 septembre 2021, le Dr C_____ atteste également que l'état de santé est stable par rapport aux constatations du Dr J_____ dans son expertise du 30 septembre 2019. La coxarthrose n'a été mise en évidence qu'ultérieurement. Il sied de constater par ailleurs que les plaintes de la recourante n'ont pas varié depuis fin décembre 2017, si ce n'est que dans le sens d'une aggravation. Par conséquent, une stabilisation de l'état doit être admise avec l'intimée dès le 13 décembre 2017.

Il s'ensuit que l'intimée est tenue de payer des indemnités journalières à 100% du 13 au 31 décembre 2017 et d'octroyer à la recourante une rente d'invalidité de 100% dès le 1er janvier 2018, l'incapacité de travail étant totale dans toute activité.

13. La recourante conteste par ailleurs le salaire assuré de CHF 50'400.- et soutient que celui-ci doit être augmenté de la prestation en nature dont elle a bénéficié sous forme d'un repas du midi. Ce fait est confirmé par le courrier du 28 mars 2023 de M_____.

13.1 Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2, première phrase). L'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail, à 80% du gain assuré (art. 17 al. 1 LAA).

Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). En vertu de l'art. 29quinquies al. 1 LAVS, sont en principe inscrits dans le compte individuel les revenus sur lesquels des cotisations ont été versées à la caisse de compensation.

Selon l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) (RS 831.10) en lien avec l'art. 7 let. f du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), les prestations en nature ayant un caractère régulier font partie du salaire déterminant. L'art. 11 RAVS détermine de quelle manière doivent être calculées les prestations en nature, lorsqu'elles consistent en nourriture et logement. La nourriture et le logement des personnes employées dans l'entreprise et du personnel de maison sont évalués à CHF 33.- par jour (art. 11 al. 1 RAVS). Si l'employeur ne fournit qu'en partie la nourriture et le logement, un montant de CHF 11.50 par jour est pris en compte pour le logement, le solde de CHF 21.50 étant réparti entre les trois repas journaliers (al. 2). La valeur du repas de midi est fixée à CHF 10.-.

13.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'employeur n'a pas payé des cotisations sur les prestations en nature ni n'a retenu des cotisations se rapportant à celles-ci sur le salaire de la recourante. Toutefois, la recourante n'a pas demandé la rectification de son compte individuel AVS suite à la survenance de son accident. Cela étant, le compte individuel doit être considéré comme conforme à la réalité, même s'il est établi que la recourante a bénéficié de prestations en nature en plus de son salaire nominal (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_769/2008 du 21 août 2009 consid. 3).

14. La recourante réclame également la prise en charge des frais médicaux, en particulier ceux relatifs à la pose d'une prothèse de la hanche gauche.

14.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, soit lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Il s'agit de prestations durables, dont l'octroi ne peut pas être limité à quelques mois (ATF 144 V 418). Si la continuation du traitement médical n'est plus susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et si les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, il appartient à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge les frais de traitement (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; ATF 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021

du 24 février 2022 consid. 3.3 et la référence). Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

14.2 En l'espèce, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 21 al. 1 LAA, dans la mesure où le droit à la rente d'invalidité a déjà pris naissance. Le cas tombe sous le coup de la let. b ou d de cette disposition. L'éventualité de la lettre b subordonne la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que des mesures médicales amélioreraient notablement la capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci. Or, en l'espèce, la recourante n'a pas repris d'activité lucrative après la survenance de l'accident. En outre, née le 7 février 1959, elle a atteint l'âge de la retraite au mois de mars 2023. Dans ces conditions, le maintien éventuel du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité ne serait pas de nature à conserver sa capacité résiduelle de gain.

Toutefois, l'éventualité de la lettre d est réalisée pour les frais médicaux se rapportant à une prothèse de la hanche, étant rappelé que, selon l'expert judiciaire, la coxarthrose à gauche est une séquelle de l'accident. En effet, la recourante présente une incapacité de gain entière et une prothèse de la hanche est susceptible d'améliorer notablement son état de santé ou d'empêcher que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

En revanche, pour les frais de soins dispensés par le Centre de la douleur des HUG au-delà du 13 mars 2020, les conditions de l'art. 21 al. 1 let. d LAA ne sont pas réalisées, dès lors qu'il ne peut être admis que les traitements de gestion de la douleur sont susceptibles d'améliorer notablement son état de santé ou d'empêcher que celui ne se péjore davantage. En effet, ces traitements ne modifient pas l'état

de santé et n'éliminent notamment pas la cause des douleurs. Ils ont uniquement pour effet de mieux les supporter.

Ainsi, la recourante a droit à la prise en charge de l'éventuelle pose d'une prothèse de la hanche gauche, mais non des frais médicaux pour les soins dispensés par le Centre de la douleur des HUG au-delà du 13 mars 2020.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis en partie, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'indemnités journalières à 100% du 13 au 31 décembre 2017, après déduction des indemnités déjà versées durant cette période, et d'une rente d'invalidité entière dès le 1er janvier 2018. Elle aura également droit au remboursement de l'éventuelle pose d'une prothèse de la hanche gauche.

16. La recourante obtenant largement gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.

17. La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 16 juin 2020.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante des indemnités journalières à 100% du 13 au 31 décembre 2017, après déduction des éventuelles indemnités déjà versées durant cette période, et une rente d'invalidité entière dès le 1er janvier 2018, sur la base d'un salaire assuré de CHF 50'400.-, ainsi qu'à prendre en charge les frais relatifs à la pose éventuelle d'une prothèse de la hanche gauche.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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 suppléante
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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