



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2458/2020

ATAS/430/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2025

Chambre 8

En la cause

A _____

recourante

représentée par M. Roland BUGNON, mandataire

contre

HELSANA ACCIDENTS SA

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, présidente suppléante ; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1959, de nationalité espagnole et mariée, a été engagée depuis le 1^{er} 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 sera 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 DE 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 1^{er} 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.** Le 14 octobre 2016, l'assurée a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
- e.** 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.
- f.** 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_____.
- g.** 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. 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.
- h.** 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.

i. En juin 2017, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 août 2017.

j. 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. 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.

c. 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 et qu'il n'y avait pas de véritable traitement pouvant améliorer la situation.

d. Le 13 décembre 2017, l'expert E_____ a de nouveau examiné l'assurée. Dans son rapport du 15 décembre 2017, 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. Le 22 juin 2018, l'expert a confirmé ses conclusions.

e. 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

f. Dans son rapport d'expertise du 11 octobre 2018, le docteur G_____, 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. La capacité de travail au niveau psychiatrique avait toujours été totale.

g. Dans son complément d'expertise du 14 février 2019, l'expert psychiatre 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.

h. Dans son expertise du 30 septembre 2019, le docteur H_____, neurologue FMH, 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 naturelle avec l'accident. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à cet événement. Le *statu quo ante vel sine* était atteint. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité adaptée, elle était proche de 100%. 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'atteinte à l'intégrité physique était au maximum de 5%. Dans son rapport complémentaire du 25 octobre 2019, l'expert neurologue a confirmé pour l'essentiel ses conclusions.

i. Dans son rapport d'octobre 2019, le Dr F_____ s'est déterminé sur l'expertise du Dr H_____. 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%. Avec les atteintes orthopédiques, le médecin-conseil de l'assurance-accidents a évalué l'atteinte à l'intégrité physique à 10%.

j. 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, et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 85%.

k. 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.

l. 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 1^{er} 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.

m. 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 1^{er} 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. Par décision du 16 juin 2020, l'assurance-accidents a rejeté les oppositions de l'assuré formé aux décisions des 13 mars et 7 avril 2020.

b. Le 1^{er} juillet 2020, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) I a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité du 1^{er} 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.

c. Saisie d'un recours contre la décision précitée, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire et l'a confiée au professeur I_____, chirurgien orthopédiste.

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 1^{er} 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*. 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.

d. Le 14 novembre 2022, le Dr F_____ s'est déterminé sur l'expertise judiciaire. Une lésion cartilagineuse n'ayant été mise en évidence qu'en août 2021, 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. Il n'était ainsi 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.

e. Depuis février 2023, la recourante est à la retraite.

f. Par arrêt du 9 mai 2023, la chambre de céans a admis partiellement le recours et a reconnu à l'assurée le droit à des indemnités journalières de 100% du 13 au 31 décembre 2017, à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 et à la prise en charge des frais médicaux en lien avec la pose éventuelle d'une prothèse de la hanche gauche.

D. a. Sur recours de l'assurance-accident, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la chambre de céans et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire par une expertise judiciaire multidisciplinaire et nouvelle décision (arrêt 8C_388/2023 du 10 avril 2024).

b. Par ordonnance du 27 août 2024, la chambre de céans a mandaté en tant qu'experts les Docteurs J_____, neurologue, K_____, chirurgien orthopédique FMH, et L_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, médecins experts au M_____ (M_____).

c. Dans leur rapport du 17 février 2025, les experts du M_____ ont retenu, dans leurs conclusions consensuelles, les diagnostics, en relation de causalité probable avec l'accident, de neuropathie obturatrice gauche, de status après fracture type B2-1 et LC 1 avec fractures des branches ilio- et ischio-pubiennes gauches, de l'aileron sacré gauche avec passage dans le premier trou sacré gauche et de status après fracture peu déplacée de la tête du péroné gauche. Le diagnostic de coxarthrose bilatérale prédominante du côté gauche n'était qu'en relation de causalité possible avec l'accident. Sur le plan psychique, les experts ont mentionné des phobies spécifiques (avion, hélicoptère, IRM) avec une composante claustrophobique et des difficultés dans les rapports avec le deuxième mari. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans certaines activités, la

nécessité de pauses supplémentaires du point de vue orthopédique pourrait diminuer le rendement de 10%. Le taux d'atteinte à l'intégrité était de 10% sur les plans neurologique et orthopédique.

d. Dans son avis du 31 mars 2025, le Dr F_____ a considéré, sur base de l'expertise pluridisciplinaire judiciaire, que l'état de santé de la recourante était stabilisé depuis le 13 mars 2020, date de la dernière infiltration, et que la capacité de travail dans une activité adaptée était entre 90 et 100%.

e. Dans sa détermination sur expertise du 4 avril 2025, l'intimée a considéré qu'elle pourra, sans remettre en cause sa décision sur opposition du 11 mai 2020 déjà en force, et sur la base d'une capacité de travail dans une activité adaptée à 90% depuis septembre 2017 et une date de stabilisation au 13 mars 2020, octroyer des indemnités journalières de 10% dès le 1^{er} janvier 2018 et jusqu'au 13 mars 2020, date de la stabilisation nouvellement fixée par l'expert. Elle a conclu au rejet du recours pour le surplus.

f. Dans sa détermination du 17 avril 2025, la recourante a requis un complément d'expertise et a réservé ses observations sur expertise.

g. Le 29 avril 2025, la chambre de céans a informé la recourante que sa demande de complément d'expertise était rejetée et que la cause avait été gardée à juger.

EN DROIT

1. La recevabilité du recours a déjà été admise par l'arrêt du 9 mai 2023 de la chambre de céans et n'a pas été contestée par le Tribunal fédéral.
2. Est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité et si elle a droit à la prise en charge des frais médicaux au-delà du 13 mars 2020.

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.

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

Cette question peut rester ouverte, au vu des expertises judiciaires ordonnées.

Quoi qu'il en soit, indépendamment des motifs de récusation, la recourante n'a manifestement pas respecté le délai légal pour la demander. En effet, la demande de récusation doit être présentée sans délai à l'autorité (art. 15 al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10). Or, selon les écritures du 16 novembre 2020 de la recourante, 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 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 est donc manifestement tardive.

4. À teneur de l'art. 18 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), si l'assuré est invalide (art. 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.1) 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.

Jusqu'à la stabilisation de l'état de santé, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit, en vertu de l'art 16 LAA, 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).

Même si la notion de l'invalidité est identique dans tous les domaines des assurances-sociales, les différents assureurs sociaux ont l'obligation d'évaluer l'invalidité de manière indépendante dans chaque cas. Ainsi, l'évaluation de l'assurance-invalidité n'est pas contraignante pour l'assureur-accidents (SBVR Soziale Sicherheit – FRÈSARD/MOSER-SZELESS, N 253 et références jurisprudentielles).

5.

5.1 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).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

6. 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.

6.1 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).

6.2 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).

6.3 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).

7. 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).
8. Conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral rendu dans la présente cause, la chambre de céans a ordonné une surexpertise multidisciplinaire auprès du M_____.

Dans leurs conclusions consensuelles, les experts retiennent les diagnostics, en relation de causalité probable avec l'accident, de neuropathie obturatrice gauche, de status après fracture type B2-1 et LC 1 avec fractures des branches ilio- et ischio-pubiennes gauches, de l'aileron sacré gauche avec passage dans le premier trou sacré gauche et de status après fracture peu déplacée de la tête du péroné gauche. Le diagnostic de coxarthrose bilatérale prédominante du côté gauche n'est qu'en relation de causalité possible avec l'accident. Sur le plan psychique, les experts mentionnent des phobies spécifiques (avion, hélicoptère, IRM), avec une composante claustrophobique, et des difficultés dans les rapports avec le deuxième mari. Les critères pour admettre un diagnostic de trouble douloureux somatoforme sont totalement absents.

Dans les plaintes de la recourante, l'expertise mentionne des douleurs permanentes au niveau de la face interne de l'aîne gauche de 4-5/10 sur l'échelle des douleurs avec parfois des exacerbations. La position assise peut être maintenue pendant une heure à une heure trente. Le périmètre de marche est limité à 30 à 60 minutes. Les douleurs disparaissent en position couchée avec un antalgique ou un anti-inflammatoire. Il y a cependant des périodes où les douleurs peuvent disparaître presque complètement pendant une à deux semaines. Sur le plan psychique, la recourante se plaint uniquement d'avoir de la peine à accepter la durée de la procédure, ce qui a conduit à une baisse de l'estime de soi. Elle présente également des phobies en lien avec l'avion, l'hélicoptère et des examens IRM.

Selon les experts, les plaintes reposent sur un substrat organique et il n'est pas possible de faire une distinction entre les douleurs osseuses et neurologiques au niveau des séquelles. De façon certaine, les douleurs du nerf obturateur et des fractures du bassin se sont superposées.

Il n'y a pas de lien entre l'accident et la coxarthrose au degré de la vraisemblance prépondérante, notamment du fait que cette arthrose est bilatérale, contrairement à

ce que le Prof. I_____ a retenu, et que la recourante était déjà âgée de 55 ans au moment de l'accident.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : absence de position assise et debout prolongée et nécessité d'une alternance des positions toutes les 30 minutes, absence de marche prolongée de plus d'une heure, de port de charges de plus de 5kg, de position penchée en avant du tronc, de montée et descente d'escaliers répétitives, d'utilisation d'échelle ou d'escabeau et de position accroupie ou agenouillée répétitive.

La capacité de travail est de 50% depuis 2017 dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pour certaines activités, des pauses supplémentaires pourraient diminuer le rendement de 10%.

Les experts du M_____ jugent les expertises des Drs E_____ et les appréciations du Dr F_____ convaincants et pertinents. Quant à l'expertise du Prof. I_____, ils émettent des réserves concernant le lien de causalité entre la coxarthrose gauche et l'accident, en considérant que ce lien est uniquement possible.

Aucun traitement ne permettrait d'améliorer l'état de santé. Une amélioration ne pouvait plus être attendue de la continuation du traitement à partir de la dernière infiltration en date du 13 mars 2020.

9. 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, en particulier de l'expertise judiciaire du Prof. I_____, et d'un examen clinique approfondi aux niveaux neurologique, psychiatrique et orthopédique. Elle prend aussi en considération les plaintes de la recourante et arrive à des conclusions *a priori* convaincantes, lesquelles confirment au demeurant les expertises du Dr E_____ et les appréciations médicales du Dr F_____.
10. La recourante estime toutefois nécessaire de faire compléter l'expertise et met ainsi implicitement en cause sa valeur probante.

10.1 En premier lieu, elle n'estime pas convaincant que, selon les experts, l'évolution de la symptomatologie n'est pas évocatrice d'une arthrose de la hanche (p. 36 de l'expertise).

Cette affirmation de l'expert orthopédique figure dans l'analyse générale du lien de causalité entre l'arthrose de la hanche (synonyme de coxarthrose) à gauche et l'accident et plus spécifiquement dans l'analyse des symptômes et des plaintes. L'expert orthopédiste compare les symptômes présents lors des expertises de 2017 et 2022, ainsi que lors de son examen. Il note que seules les douleurs du pli inguinal et à la marche sont systématiquement relevées dans les trois expertises. Lors des deux premières expertises, des douleurs irradiant dans la cuisse étaient encore présentes, probablement en raison de l'influence de l'atteinte du nerf

obturateur gauche, mais lors de l'expertise du M_____, il n'y avait aucun trouble correspondant à cette pathologie. De surcroît, la disparition des douleurs est possible durant parfois deux semaines, selon la recourante. En outre, comme l'expert orthopédiste l'a rapporté, la recourante ne se plaint pas de douleurs insomniantes et lors du démarrage de la journée.

Sur la base de l'évolution des constatations cliniques, l'expert orthopédiste constate ensuite que celles-ci suggèrent fortement une atteinte bilatérale à la hanche, ce qui conduit à exclure un lien de causalité entre la coxarthrose à la hanche gauche et la chute sur le côté gauche lors de l'accident. Puis il relève que la localisation des lésions cartilagineuses correspond plutôt à des lésions dégénératives. L'analyse sur le plan radiologique montre une aggravation d'une coxarthrose bilatérale prédominante à gauche. Enfin, aucun article de la littérature ne confirme l'hypothèse du Prof. I_____, à savoir une corrélation statistique entre les fractures extra-articulaires du cotyle et une coxarthrose secondaire.

La recourante conteste, sur la base de l'enregistrement des entretiens avec les experts, avoir omis de faire état de douleurs insomniantes et lors du démarrage. Il ressort en effet de ces entretiens qu'elle a évoqué l'impossibilité de dormir sur le côté gauche et les difficultés au réveil à se mettre en mouvement. Toutefois, ces symptômes ne constituent qu'un aspect de l'analyse du lien de causalité. Or, les autres éléments examinés par l'expert orthopédique ne permettent pas non plus d'affirmer qu'il y a un rapport de causalité entre la coxarthrose à gauche et l'accident. Cette inexactitude dans la transcription des plaintes ne permet ainsi pas de dénier toute valeur probante à l'expertise du M_____. En tout état de cause, une coxarthrose est admise, même si le rapport de causalité de cette atteinte avec l'accident est nié. En outre, l'expert orthopédique explique l'absence de douleurs insomniantes par le fait que le décubitus dorsal permet de diminuer, voire faire disparaître les douleurs, selon les déclarations de la recourante.

10.2 La recourante requiert en outre que l'expertise précise quelles conditions doivent être réalisées pour admettre la présence d'une coxarthrose et si les symptômes énumérés pour la présence d'une telle atteinte sont cumulatifs ou alternatifs. Cette question sort du cadre de la question qui se pose, à savoir le lien de causalité entre l'accident et l'arthrose de la hanche gauche. Au demeurant, le diagnostic de coxarthrose bilatérale avec une prédominance à gauche est admis dans l'expertise du M_____.

10.3 La recourante souligne qu'elle a subi lors de l'accident au moins trois impacts (capot moteur, pare-brise et sol) et se demande si les experts en ont tenu compte. Au vu de ces circonstances, elle requiert que les experts répondent à la question de savoir si l'hypothèse soutenue par le Prof. I_____, à savoir la provocation d'une coxarthrose par une fracture du bassin qui ne touche pas directement l'articulation de la hanche, ne devient pas de ce fait crédible, et s'il ne faut pas nuancer l'affirmation selon laquelle aucun article de littérature ne confirme cette hypothèse.

Toutefois, les experts étaient en possession du dossier intégral de la recourante et notamment du rapport de police du 4 décembre 2014. Ils ont donc eu connaissances des circonstances exactes de l'accident. Rien n'indique qu'ils n'en ont pas tenu compte. Au demeurant, ces éléments ne permettent pas d'affirmer à eux seuls que l'accident est responsable de la coxarthrose du côté gauche, alors que l'articulation de la hanche n'a pas été directement touchée. Enfin, on ne voit pas pourquoi ces circonstances conduiraient les experts à devoir nuancer le fait qu'aucun article ne confirme l'hypothèse défendue par le Prof. I_____, et la recourante ne le démontre pas.

La recourante requiert également que les experts se prononcent sur la question de savoir si le traumatisme subi a aggravé la coxarthrose d'origine dégénérative. Toutefois, cette question peut rester ouverte, dès lors qu'une aggravation n'a pu être que provisoire au degré de la vraisemblance prépondérante et le cours normal des choses, et que l'intimée a versé ses prestations pendant plus de trois ans. Une péjoration de l'état dégénératif préexistant de la hanche gauche au-delà du 31 décembre 2017 n'est en outre pas certifiée par les experts. Au contraire, ceux-ci considèrent que l'état est stabilisé en 2017.

10.4 La recourante pose également la question de savoir si la coxarthrose à droite peut être la conséquence d'une décompensation, à savoir de la sollicitation accrue de la jambe droite en raison des douleurs à gauche. Il est vrai que les experts ne répondent pas à cette question précise qui, au demeurant, ne leur a pas été posée. En tout état de cause, cette hypothèse n'a été émise par aucun des médecins consultés et les experts ont dû examiner cette question dans le cadre du lien de causalité entre les diagnostics et l'accident. Or, ils n'ont pas considéré que ce rapport de causalité était probable ni en ce qui concerne la coxarthrose du côté droit ni celle du côté gauche.

10.5 La recourante critique l'expertise en ce qu'elle retient une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle depuis fin août 2017, alors même qu'elle s'était plainte auprès du Dr E_____ que la reprise de travail était au-dessus de ses forces. Elle ne produit cependant aucun document médical permettant de mettre en cause cette appréciation de l'expertise du M_____ qui partage au demeurant les conclusions du Dr E_____.

Quoi qu'il en soit, la recourante ne semble pas contester le taux de capacité de travail dans une activité adaptée retenu par les experts du M_____.

10.6 Enfin, la recourante requiert que l'expert orthopédiste confirme que la pose d'une prothèse de la hanche est contre-indiquée.

Il est vrai que cet expert mentionne que les douleurs de la recourante n'ont à son avis pas pour origine la hanche gauche et qu'il n'y avait ainsi pas d'indication médicale pour la pose d'une prothèse (p. 53 ch. 12 expertise du M_____). Cependant, cette question peut rester ouverte, le lien de causalité de la coxarthrose à gauche avec l'accident ayant été nié. Il appartient à la recourante de requérir le

cas échéant un avis médical supplémentaire sur ce point, si elle n'est pas convaincue par l'appréciation de l'expert orthopédiste.

10.7 Il résulte de ce qui précède que l'expertise du M_____ est complète, de sorte que la requête en complément d'expertise sera rejetée.

10.8 Par ailleurs, la recourante n'a pas fourni des éléments médicaux d'autres spécialistes mettant en cause cette surexpertise. Il n'y a par conséquent pas lieu de s'en écarter. La chambre de céans retiendra ainsi les conclusions de cette expertise.

- 11.** Se pose la question de savoir à quelle date l'état de santé de la recourante s'est stabilisé, dans la mesure où le Dr F_____ a retenu à ce titre la date de la dernière infiltration en date du 13 mars 2020, dans son appréciation médicale du 31 mars 2025.

Cependant, dans leurs conclusions consensuelles, les experts mentionnent cette date uniquement pour déterminer le moment à partir duquel on ne pouvait plus attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé (p. 58 ch. 11 expertise du M_____). Il n'en demeure pas moins que la capacité de travail est stable depuis 2017, selon les experts (p. 57 ch. 6 expertise du M_____). Par conséquent, l'état de santé est stabilisé depuis cette dernière année.

Dans la mesure où l'intimée a versé des indemnités journalières jusqu'à fin 2017, plus aucune prestation n'est due à titre d'indemnités journalières.

- 12.** Se pose la question de savoir si le changement d'activité nécessaire du fait de l'invalidité provoque une perte de gain d'au moins 10% et ouvre ainsi le droit à une rente.

12.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

12.2 Même si la notion de l'invalidité est identique dans tous les domaines des assurances-sociales, les différents assureurs sociaux ont l'obligation d'évaluer l'invalidité de manière indépendante dans chaque cas. Ainsi, l'évaluation de l'assurance-invalidité n'est pas contraignante pour l'assureur-accidents (SBVR

Soziale Sicherheit – FRÈSARD/MOSER-SZELESS, N 253 et références jurisprudentielles).

12.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

12.4 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3).

Le salaire déterminant au sens de l'art. 16 LPGA comprend toute rémunération qui correspond au revenu déterminant selon la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10), par exemple l'indemnité pour le travail en équipe (133 V 556 consid. 4 p. 558).

12.5 Selon l'art. 5 al. LAVS 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.-.

Les Directives sur le salaire déterminant dans l'AVS, AI et APG (DSD), dans leur version applicable dès le 1^{er} janvier 2017, année déterminante pour le calcul de la perte de gain, prescrivent à cet égard

« Si un contrat individuel de travail, une convention collective de travail ou un règlement de droit public concernant les traitements prévoit le versement d'un salaire brut (dit aussi "salaire au grand mois" ou "salaire réel") et si l'employé reçoit de l'employeur des prestations en nature fournies sous la forme de nourriture ou de logement, les cotisations doivent être calculées d'après le revenu brut, c'est-à-dire sans tenir compte des revenus en nature, pour autant que

l'estimation des prestations en nature à caractère régulier correspond, dans sa totalité, au moins aux taux prévus par l'art. 11, al. 1, RAVS. Si l'estimation se situe en-dessous de ces derniers, il faut ajouter la différence au salaire brut conventionnel ou réglementaire. »

12.6 On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

12.7 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

13. En l'occurrence, la recourante soutient en premier lieu que l'assurance-accidents est liée par l'appréciation de l'invalidité par l'OAI. Toutefois, comme relevé ci-dessus (*cf.* consid. 12.2.), cette évaluation ne lie pas l'assurance-accidents.

14.

14.1 La recourante conteste par ailleurs le salaire sans invalidité de CHF 50'400.- retenu par l'intimée et fait valoir que celui-ci doit être augmenté de la prestation en nature dont elle a bénéficié sous forme d'un repas du midi. Elle considère que ce fait est prouvé par le courrier du 28 mars 2023 de son dernier employeur.

Selon l'intimée, il n'est pas exclu que l'indication du mot « PRESTAT. » dans la fiche de salaire d'août 2017 signifie que le salaire mensuel comprenne également toutes les autres prestations, comme l'indemnité de repas. Par ailleurs, seul le salaire soumis à l'AVS est déterminant pour le salaire sans invalidité. Or, selon les directives sur le salaire déterminant dans l'AVS, AI et APG (DSD), une prestation en nature qui n'est pas versée en espèces, ne fait pas partie du salaire déterminant.

14.2 En l'occurrence, au vu du courrier du 28 mars 2023 du dernier employeur, il doit effectivement être considéré que la recourante a bénéficié d'une prestation en nature sous forme de nourriture. Cela ne veut cependant pas dire que cette prestation fait partie du salaire déterminant soumis aux cotisations.

Les décomptes de salaire sont libellés comme suit:

SALAIRES & PRESTAT.

100	Salaire mensuel	4'200.00
-----	-----------------	----------

Salaire brut

4'200.00

Suivent ensuite les déductions.

Avec l'intimée, il sied de considérer, conformément à la directive susmentionnée, qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, la mention « Salaires & prestat. » comprend également le salaire en nature. Autrement, on ne comprendrait pas pourquoi l'employeur aurait ajouté le mot « prestation ».

Partant, la prestation en nature n'est pas soumise à cotisation en plus du salaire brut, au sens de la LAVS, et seul le salaire brut doit être pris en compte comme revenu sans invalidité dans le calcul de la perte de gain.

15.

15.1 La recourante soutient par ailleurs que le salaire hypothétique d'invalidé doit être déterminé sur la base des ESS 2018 qui ont été publiés 21 avril 2020 et étaient ainsi déjà connus au moment de la décision sur opposition du 16 juin 2020 dont est recours.

15.2 Comme relevé ci-dessus, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de la naissance du droit à la rente. En l'occurrence, ce droit éventuel naît en 2017, soit au moment de la stabilisation de l'état de santé de la recourante. Partant, il a y lieu de se fonder sur les ESS 2016 et adapter le salaire statistique à l'évolution jusqu'en 2017.

16. Se pose encore la question de savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement des salaires statistiques en raison des limitations fonctionnelles de la recourante.

Cependant, en l'espèce, il appert que les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans le taux de capacité de travail de 90% fixé par les experts. De surcroît, l'intimée a tenu compte d'une incapacité de travail de 15%. Partant, il n'y a pas lieu d'admettre un abattement plus élevé.

17. Pour ce qui concerne le salaire d'invalidé, il faut donc se fonder sur les ESS 2016. Selon ces statistiques, le salaire mensuel brut pour les femmes avec un niveau de compétence 1 toutes branches confondues, s'élève à CHF 4'363.- en 2016, ce qui correspond à un salaire annuel de CHF 52'356.-. Après adaptation de ce salaire à la durée normale des entreprises (41.7 en 2017) et indexation à 2017 (indice sur la base de 2010 104.4 en 2016 et de 104.8 en 2017), le salaire d'invalidé déterminant pour un plein temps s'élève à CHF 54'790.25. Au taux de 85% retenu par l'intimée, il correspond à CHF 46'571.71.

Le salaire sans invalidité de CHF 50'148.35 en 2014 s'élève, après adaptation à 2017, à CHF 50'340.48.

En comparant ces salaires, la perte de gain est de 7,48%, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente.

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

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.

Selon l'expertise du M_____, il ne peut être attendu de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la recourante. Partant, les frais de soins dispensés par le Centre de la douleur des HUG au-delà du 13 mars 2020 ne sont plus à la charge de l'intimée. Quant au remboursement des frais relatifs à la pose éventuelle d'une prothèse à la hanche gauche, la question ne se pose plus, dans la mesure où, selon la surexpertise judiciaire, la coxarthrose n'est pas dans une relation de causalité avec l'accident.

- 19.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

- 20.** La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Préalablement:

1. Rejette la requête d'expertise complémentaire de la recourante.

Principalement :

2. Rejette le recours.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Pascale HUGI

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