RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/253/2021 **ATAS/398/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 5 juin 2023

Chambre 4

En la cause

A_____ recourante

représentée par de Me Marie-Josée COSTA

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, a été employée par la direction genevoise des télécommunications en qualité de téléphoniste (ci-après : les PTT) dès le 1er septembre 1986 et était couverte à ce titre contre le risque d'accidents par la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

b. Le 3 août 1988, alors qu'elle circulait au volant d'un véhicule automobile, elle a subi un accident qui lui a causé un polytraumatisme, avec notamment des fractures de la diaphyse fémorale et de la cheville. Les fractures ont été ostéosynthésées le jour de l'accident.

c. Par décision du 12 novembre 1990, l'assurance a octroyé à l'assurée une indemnité pour une atteinte à l'intégrité (ci-après IPA) de 15% et considéré que les conditions requises pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies.

B. **a.** Le 9 juillet 1991, l'assurée, qui avait quitté son emploi aux PTT, a annoncé à l'assurance une rechute au fémur gauche intervenue le 29 avril 1991.

b. Elle a été opérée le 8 novembre 1991 par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a procédé à une ostéotomie de raccourcissement de 15 mm du fémur droit avec enclouage centro-médullaire verrouillé par une plaque anti-rotation et une ostéotomie d'allongement et de dérotation interne du fémur gauche avec enclouage centro-médullaire et fixation par une plaque anti-rotation.

c. Elle a été opérée le 4 novembre 1992, en raison d'une malposition du membre inférieur gauche, après enclouage pour opération d'allongement de ce côté, avec raccourcissement du côté controlatéral.

d. Le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué le 28 juin 1993 avoir examiné en urgence l'assurée, en raison de l'installation d'une lombocruralgie aiguë à droite, le 9 avril 1993, avec un diagnostic de radiculopathie L4 à droite.

e. Dans un rapport du 5 juillet 1993, le docteur D_____, médecin d'arrondissement de l'assurance et spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a estimé que compte tenu de la longue histoire et des boiteries consécutives tant à l'accident qu'aux différentes interventions pratiquées, la relation entre les radiculalgies L4 droite et l'accident paraissait probable.

f. Le 4 février 1994, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et maladies rhumatismales, a indiqué que sur le plan ostéo-articulaire, il était frappé par la boiterie bilatérale de l'assurée, laquelle était, en partie au moins, responsable des lombalgies et des lombo-cruralgies, selon son impression. La douleur du ligament ilio-lombaire gauche parlait également dans ce sens.

g. Le 18 avril 1994, l'assurée a subi une intervention consistant en l'ablation d'une bursite entourant l'entrée du clou centro-médullaire de la hanche gauche, laquelle lui causait de fortes douleurs.

h. Elle a repris le travail à 50% le 6 juin 1994, selon une note du gestionnaire de l'assurance.

i. Dans un rapport du 19 août 1994, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que depuis l'opération du 18 avril 1994, les douleurs de l'assurée au fémur gauche et les crises aiguës de la hanche gauche avaient disparu. Le clou du fémur droit semblait être bien supporté. En revanche, il y avait une persistance de lombalgies et de douleurs sacro-iliaques à gauche, fort pénibles, journalières et pratiquement continuelles, qui répondaient assez mal au traitement chiropratique. La reprise du travail était possible à 50%, dès le 6 juin 1994.

j. Le Dr F_____ a établi un rapport opératoire le 6 avril 1995 pour le genou droit de l'assurée qui souffrait d'une instabilité chronique et pour l'ablation du clou centro-médullaire ainsi que d'une petite plaque diaphysaire au fémur droit.

k. Le 5 septembre 1995, le Dr F_____ a indiqué que le problème des membres inférieurs de l'assurée était plus ou moins réglé, mais que celle-ci continuait à souffrir d'un syndrome douloureux de toute la colonne. Elle pourrait reprendre le travail à 50% et le métier de téléphoniste était approprié à son handicap.

l. Le Dr D_____ a indiqué dans un rapport du 17 octobre 1995 que l'état de l'assurée était stationnaire en ce qui concernait le syndrome douloureux au niveau des membres inférieurs et qu'il allait en s'aggravant au niveau des lombosciatalgies.

Pour les troubles strictement post-traumatiques au niveau des membres inférieurs, on pouvait admettre que l'assurée devait éviter dans ses activités futures la marche et la station debout ou assise prolongées, les accroupissements et les agenouillements ainsi que le port de charges. Dans toute activité où ces sollicitations n'étaient pas requises, elle pouvait travailler tantôt debout, tantôt assise, avec des changements de position fréquents. L'assurée pouvait travailler à 50% en tout cas. Les restrictions retenues quant aux activités futures tenaient largement compte des troubles de type lombosciatalgies persistants, lesquels n'étaient que très partiellement imputables à l'accident actuellement.

m. Le 28 février 1997, l'assurance a accordé à l'assurée, pour les séquelles de l'accident du 3 août 1988, une demi-rente d'invalidité à partir du 1er novembre 1996 fondée sur une diminution de ses capacités de travail et de gain de 50%, sur la base des investigations sur le plan médical et économique.

n. Par décision du 16 août 2001, l'assurance a informé l'assurée avoir réexaminé son droit à une rente d'invalidité et que la rente déjà octroyée ne serait pas modifiée.

o. L'assurée a été opérée le 8 mai 2012, pour une reprise de la voie trochantérienne gauche, l'évacuation d'un hématome et l'ablation de sa paroi. Cette opération a été prise en charge par l'assurance.

C. **a.** Le 30 août 2016, Q_____ SA, qui avait engagé l'assurée le 4 avril 2016 à 50% comme téléopératrice, a annoncé une rechute à l'assurance, intervenue le 8 août 2016.

b. Le 25 janvier 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgie de la hanche et du bassin, de l'Hôpital de la Tour, a indiqué que l'assurée avait des douleurs diminuant nettement sa qualité de vie. Sa hanche pourrait bénéficier d'une tentative de traitement par transfert tendineux du grand fessier sur le grand trochanter.

c. Le 26 janvier 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgien de la colonne vertébrale, a indiqué au docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, que l'assurée décrivait une douleur lombaire basse en barre, qui apparaissait après une quinzaine de minutes de marche et qui devenait ensuite insoutenable. Il pensait que la symptomatologie lombaire basse était en rapport avec l'arthrose facettaire et qu'une chirurgie de stabilisation postéro-latérale et une greffe osseuse pourraient soulager l'assurée. Celle-ci avait d'autre part une pathologie du moyen fessier à gauche qui était certainement en rapport avec une rétroversion permanente du bassin dans un effort de compensation de sa symptomatologie lombaire basse. De ce fait, il fallait proposer, dans un premier temps, une chirurgie de spondylodèse L4-S1 à l'assurée. Dans un second temps, une chirurgie de transfert tendineux pour traiter la pathologie fessière gauche pourrait être envisagée.

d. Le 10 février 2017, l'assurance a informé l'assurée que vu l'avis de son service médical, elle niait sa responsabilité pour l'opération lombaire proposée par le Dr H_____, faute de lien de causalité avec l'accident de 1988.

e. Le 16 février 2017, l'assurance a informé l'assurée qu'elle allait verser les indemnités journalières du 8 août 2016 au 31 janvier 2017 à son employeur, dès lors qu'elle avait repris le travail dès le 1er février 2017. Les troubles lombaires dont l'assurée souffrait n'engageaient pas sa responsabilité. L'assurance continuerait à prendre en charge le suivi médical pour le traitement de sa hanche.

f. L'assurée a été opérée du dos le 10 avril 2017.

g. Par courriel du 21 septembre 2017, l'assurée a informé l'assurance qu'elle était incapable de travailler plus de deux heures par jour en raison de douleurs insupportables au niveau de la hanche et des fessiers et qu'il fallait réactiver son dossier en lien avec l'événement du 3 août 1988.

Elle transmettait un arrêt de travail, établi le 20 septembre 2017 par le Dr I_____, à 75% en raison d'un accident (pathologie de la hanche gauche) du 20 septembre au 20 octobre 2017, date d'un contact avec le Dr G_____ pour discussion de l'indication chirurgicale.

h. Le 21 septembre 2017, l'assurance a informé l'assurée qu'elle reprenait l'instruction du dossier et que la rente d'invalidité de 50% continuait à être versée.

i. L'assurée a été opérée le 20 février 2018 par le Dr G_____, qui a procédé à la réinsertion du grand fessier de l'assurée.

j. Le 22 mars 2018, le Dr G_____ a revu l'assurée à un mois de la réinsertion du grand fessier. Celle-ci avait une douleur tout au long du tractus iléo-tibial qu'il trouvait tout à fait normale, vu que cet appareil fatio-tendineux avait été remis en charge. La cicatrice était calme. La mobilité de la hanche était complète. Il faisait un bon de physiothérapie. La charge pouvait s'effectuer selon les douleurs, mais l'assurée allait garder encore ses deux cannes en raison d'un déséquilibre.

k. Le 20 avril 2018, le Dr I_____ a indiqué que l'assurée était à deux mois de sa chirurgie de la hanche. Les progrès étaient lents et elle utilisait toujours deux cannes pour ses déplacements, sous peine de douleurs et boiterie. Par conséquent, il était absolument indiscutable que l'arrêt de travail était encore de 100% et pour une durée minimale de quatre mois à compter de la date opératoire, soit jusqu'au 31 mai 2018.

D. **a.** Le 13 avril 2018, l'assurance a informé l'assurée que l'opération du 20 février 2018 relevait de sa compétence. Il ressortait des renseignements communiqués récemment par le Dr I_____ qu'elle présentait depuis quelque temps une incapacité de travail de 75% pour cause de maladie. L'assurance lui versait une indemnité journalière de 25% dès le 15 février 2018, date à laquelle le Dr I_____ avait reconnu une incapacité de travail totale pour les suites de l'accident du 3 août 1988.

b. Le 23 mai 2018, le Dr G_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de prolongation de l'incapacité de travail de l'assurée au-delà du 20 avril 2018.

c. Le 31 mai 2018, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité travail pour accident à 100% du 1er au 30 juin 2018.

d. Le 4 juin 2018, l'assurance a informé l'assurée que vu la réponse du Dr G_____, il ne lui était pas possible de lui octroyer une pleine indemnité journalière.

e. Le 29 juin 2018, le Dr I_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée à 100%, pour accident du 1er au 31 juillet 2018.

f. Dans un rapport du 5 juillet 2018, le Dr I_____ a expliqué que l'incapacité totale de travail de l'assurée de février à juillet 2018 était due à 100% à l'accident, vu l'importance de la lésion de la hanche et de l'intervention pratiquée. Pour la

période postérieure, on pouvait répartir l'incapacité entre la maladie et l'accident, à raison de 50% chacun. De février au 30 juin 2018, l'incapacité était totale et intégralement en lien avec les suites de l'accident de 1988.

g. Le 5 juillet 2018, le Dr G_____ a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de l'assurée à reprendre son emploi. Il lui avait fait un arrêt de travail pendant deux mois pour la période de sa chirurgie et les soins immédiats post-opératoires. En ce qui concernait ses problèmes chroniques post-traumatiques, c'était à son médecin traitant de gérer ses possibilités de réinsertion professionnelle avec l'assurance. Du point de vue orthopédique pur, il y avait une amélioration, mais il ne pensait pas que la patiente soit prête pour retravailler.

h. Dans un second rapport du 5 juillet 2018 adressé au Dr I_____, le Dr G_____ a indiqué qu'à cinq mois d'une suture de son grand fessier, l'évolution clinique de l'assurée était marquée par une cicatrice qui était calme et qu'elle arrivait maintenant à faire de l'abduction de hanche. En position debout, l'appui monopodal était possible. L'assurée se plaignait de douleurs au niveau antérieur de son grand trochanter, qui étaient accentuées par la position assise. Cliniquement, il y avait une amélioration comparé au status préopératoire. Néanmoins, la patiente avait toujours dans la région des douleurs, qui ne pouvaient pas tout à fait être expliquées par son problème tendineux. Il lui conseillait de continuer ses séances de physiothérapie.

i. Le 9 juillet 2018, le gestionnaire du dossier a soumis le cas de l'assurée à la médecine des assurances, relevant que la réponse du Dr I_____ n'était pas claire, puisqu'il ne précisait pas le taux de l'incapacité de travail pour maladie depuis l'opération jusqu'au 30 juin 2018 et que ce point restait encore à éclaircir.

j. Le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin des assurances, a répondu, le même jour, que deux mois après « PTH » lui semblaient un peu courts et qu'on pouvait suivre en partie les argumentaires du Dr I_____ et poursuivre jusqu'au 1er juillet 2018. Par contre, à ce moment-là, la capacité de travail était exigible dans l'activité exercée par l'assurée. S'il persistait une incapacité de travail, elle n'était plus en rapport avec l'intervention.

k. Dans un rapport établi le 9 juillet 2018 par le docteur K_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et en traitement de la douleur, le diagnostic était une lombosciatalgie de topographie L5 persistant après trois chirurgies du rachis. Il y avait eu une péjoration des douleurs suite à la seconde chirurgie lombaire en 2012. La chronicité était avérée. L'assurée pouvait travailler à 50% comme téléphoniste.

l. Le 9 juillet 2018, le Dr I_____ a établi un arrêt travail à 100% du 1er au 31 août 2018, 50% pour accident et 50% pour maladie.

E. **a.** Le 9 juillet 2018, l'assurance a indiqué au Dr I_____ qu'elle était disposée à octroyer l'indemnité journalière jusqu'au 30 juin 2018. Au-delà de cette date, pour les seules suites de l'accident du 3 août 1988, une pleine capacité de travail pouvait être reconnue médicalement à l'assurée. Elle lui demandait de lui indiquer

jusqu'à quelle date l'incapacité de travail maladie (75%) avait été reconnue par ses soins.

b. Le 10 juillet 2018, le Dr H_____ a estimé que la situation de l'assurée était stabilisée sur le plan lombaire et que celle-ci souffrait essentiellement d'une douleur fessière gauche et que les douleurs lombaires étaient beaucoup influencées par la boiterie chronique en rapport avec la lésion de la musculation fessière gauche. L'assurée présentait une incapacité de travail de 50% en rapport avec sa lésion post-traumatique de la musculature fessière gauche (accident). La capacité de travail était limitée par la lésion fessière gauche et pas par la pathologie lombaire.

c. Le 13 août 2018, le Dr I_____ a indiqué à l'assurance qu'il était clair pour lui que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100%, moitié maladie, moitié accident, du 1er janvier au 14 février 2018. Ensuite, du 15 février au 30 juin 2018, l'incapacité de travail à 100% était à la charge intégrale de l'assurance accidents. À partir du 1er juillet 2018, l'incapacité était à nouveau à charge de l'assurance-maladie à 50% et de l'assurance-accidents à 50%.

d. Le 29 août 2018, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 31 septembre 2018.

e. Le 7 septembre 2018, le gestionnaire du dossier a soumis le cas à la médecine des assurances, notant que l'assurance n'allait pas accepter que la capacité de travail maladie de 50% ne soit plus reconnue du 15 février au 30 juin 2018 pour la seule raison que l'incapacité de travail accident était totale durant cette période. Pour les seules suites de l'opération du 20 février 2018 et en faisant abstraction des troubles maladifs et de l'incapacité de travail qui en découlait, il demandait au Dr J_____ s'il était toujours d'avis qu'il y avait lieu d'admettre une incapacité de travail de quatre mois ou s'il estimait que l'incapacité de travail de 50% reconnue à partir du 1er juillet 2018 engageait toujours la responsabilité de l'assurance et enfin s'il serait opportun de mettre sur pied un examen à l'agence de Genève ou éventuellement à la clinique romande de réadaptation (CRR).

f. Le 12 septembre 2018, le Dr J_____ a répondu qu'il lui semblait raisonnable de retenir que l'assurée avait été totalement incapable de travailler jusqu'à fin août 2018 pour la récupération de l'intervention s'il n'y avait pas eu de complication.

g. Le 13 septembre 2018, l'assurée a informé le gestionnaire de l'assurance qu'elle avait été licenciée par son employeur en raison de la prolongation de son incapacité de travail et de l'absence de versement de l'indemnité journalière de la part de l'assurance.

h. Le 18 septembre 2018, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'elle reprenait le versement de l'indemnité journalière à compter du 15 février 2018.

i. Le 29 septembre 2018, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 31 octobre 2018.

j. Selon un rapport du 5 octobre 2018, le Dr J_____ avait examiné l'assurée le 1er octobre 2018 et constaté que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'il faudrait encore quelques mois pour cela, à une année de l'intervention. Il proposait un nouvel examen au début de l'année 2019. Les douleurs de l'assurée étaient extrêmement importantes. Elle avait de la difficulté à tenir l'appui monopodal gauche d'une part en raison des douleurs mais également d'une faiblesse. À l'examen clinique, la marche se faisait avec une boiterie et l'appui monopodal nécessitait un soutien du membre supérieur droit. L'assurée était actuellement totalement incapable de travailler en rapport avec l'intervention de février 2018. L'incapacité totale en cours était en seul lien avec l'opération de février 2018.

F. **a.** Le 9 octobre 2018, l'assurance a informé l'assurée que tant qu'une incapacité de travail maladie de 50% était reconnue, elle verserait l'indemnité journalière sur la base d'un taux de 50%.

b. Le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 30 novembre, puis au 31 décembre 2018, au 31 janvier et au 28 février 2019.

c. Le 19 janvier 2019, le Dr I_____ a indiqué à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé de façon notable suite à l'arthrodèse L4-S1 en 2017 et l'intervention de la hanche gauche à fin 2018. Les limitations fonctionnelles étaient majeures. L'assurée était limitée dans son périmètre de marche. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité. Auparavant, elle était d'une à deux heures par jour. L'assurée souffrait en outre d'un état anxio-dépressif lié aux douleurs chroniques invalidantes.

d. Le 22 janvier 2019, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 31 janvier 2019.

e. Par avis du 13 février 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité depuis janvier 2017 (date de l'aggravation des douleurs de la hanche gauche, selon la consultation du 24 janvier 2017 du Dr G_____).

f. Le 7 mars 2019, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 31 mars 2019.

g. Le 14 mars 2019, le Dr I_____ a indiqué que l'évolution de la hanche de l'assurée était fluctuante. Celle-ci avait toujours des douleurs, mais son état était en amélioration. Elle allait prendre un deuxième avis à Berne (Sonnenhof) pour cette problématique. Le pronostic restait réservé sur le plan des limitations fonctionnelles.

h. Le 1er avril 2019, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 30 avril 2019.

i. Par communication du 3 juin 2019, l'assurance a admis la poursuite de l'incapacité de travail de 50% pour les seules suites de l'accident.

j. Le 4 juin 2019, le Dr G_____ a indiqué qu'à une année d'une réinsertion du grand fessier de l'assurée, cette chirurgie avait amélioré de 50% la fonction de sa hanche. Par contre, l'assurée gardait les mêmes douleurs autour de la péri-hanche gauche et il n'y avait pas d'amélioration à attendre dans le futur.

k. Le 17 juin 2019, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 31 juillet 2019.

l. Le 5 juillet 2019, le gestionnaire de l'assurance a transmis le cas à la médecine des assurances pour bilan final, précisant que le rapport du Sonnenhof ne serait probablement pas reçu avant plusieurs semaines. Le cas semblait toutefois stabilisé selon les indications reçues par l'assurée.

m. Selon une note téléphonique établie le 5 juillet 2019 par le gestionnaire du dossier, l'assurée n'avait pas encore reçu le rapport établi suite à sa consultation au Sonnenhof.

n. Le 18 juillet 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière en lieu et place d'une demi-rente dès le 1er novembre 2017, date de sa demande de révision, considérant que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

o. Le 31 juillet 2019, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité de travail à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 31 août 2019.

p. Selon un rapport du 2 septembre 2019, l'assurée a été examinée le 26 août 2019 par le Dr J_____, qui a considéré que son état pouvait actuellement être considéré comme stabilisé. L'incapacité de travail de celle-ci était complète, mais elle devait actuellement être pondérée entre l'atteinte lombaire basse et l'atteinte autour de la hanche gauche, qui avait progressé. Au final, la station assise prolongée n'était plus possible, car l'assurée devait à tout moment s'allonger ou se lever, du fait de douleurs et de tensions importantes sur la région fessière. Les limitations fonctionnelles étaient la marche et la station debout ou assise prolongées de plus de 30 minutes, l'accroupissement et l'agenouillement, le port de charges et la position assise de plus 20 minutes. Les moindres surcharges mécaniques entraînaient des douleurs rendant toute activité impossible.

q. Le 3 septembre 2019, le Dr I_____ a certifié que l'assurée était en incapacité totale de travailler, à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 30 septembre 2019.

r. Par décision du 17 septembre 2019, l'assurance a mis fin au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge du traitement médical au 30 septembre 2019, hormis une séance de physiothérapie toutes les deux semaines

et un contrôle tous les six mois auprès du Dr I_____ pendant un an, puis un contrôle annuel par la suite.

s. Le 24 septembre 2019, le gestionnaire de l'assurance a demandé au Dr J_____ quelles activités l'assurée pourrait encore raisonnablement exercer compte tenu des séquelles de l'accident, avec quel horaire et quel rendement et quelle était son estimation d'une éventuelle nouvelle atteinte à l'intégrité liée à l'accident, étant rappelé qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15% avait été octroyée à la fin de l'année 1990 pour les suites de celui-ci.

t. Le 30 septembre 2019, le Dr J_____ a établi une nouvelle appréciation médicale, dans laquelle il retenait comme limitation fonctionnelle, la marche et la station debout et assise prolongées et supérieures à 30 minutes, l'accroupissement, l'agenouillement et le port de charges supérieures à 10 kg. Une activité adaptée était exigible, de type sédentaire et avec alternance des positions assise et debout. Il précisait que les limitations fonctionnelles étaient strictes et que les moindres surcharges mécaniques entraînaient des douleurs qui rendaient toute activité impossible et nécessitaient une période de repos et de traitement de l'ordre de quelques mois. Il n'y avait pas lieu de revoir l'IPAI fixée à 15% en 1990 concernant les suites du traumatisme au niveau du membre inférieur gauche.

G. **a.** Par décision du 21 novembre 2019, l'assurance a considéré que la situation ne s'était pas notablement aggravée s'agissant des suites de l'accident après la fixation de la rente à 50% et a refusé d'en augmenter le taux.

b. Le 13 décembre 2019, l'assurée a formé opposition et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 75% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire.

c. L'assurée a complété son opposition le 19 février 2020 en transmettant à l'intimée un rapport du Dr I_____ du 13 février 2020, lequel indiquait que l'opération de la hanche gauche de l'assurée en février 2018 n'avait amené qu'une très modeste amélioration de son périmètre de marche et de la qualité de marche, mais pas de modification de ses douleurs au niveau du membre inférieur gauche et des répercussions fonctionnelles qu'elles entraînaient. Dans tous ses rapports récents, il avait mentionné au premier plan la problématique de la hanche gauche. En l'état actuel, l'invalidité pouvait être estimée à 75% pour la problématique de hanche et les répercussions qu'elle entraînait, soit les 50% initiaux auxquels s'ajoutait la moitié du nouveau 50% d'invalidité lié à l'aggravation actuelle.

Il ne faisait aucun doute que le degré d'invalidité, chiffré au total à 100%, était complètement justifié et qu'il ne devait pas être mis en cause, puisque la situation était stabilisée.

d. Le Dr J_____ a indiqué le 26 février 2020 que le Dr I_____ avait oublié de mentionner le problème rachidien dans son rapport du 13 février 2020.

e. Le 1er mai 2020, la doctoresse L_____, intervenant pour un contrôle à 15 mois de la précédente IRM dans le contexte de la lésion tendineuse (suture/réinsertion du grand fessier du tenseur du fascia lata gauche), a conclu que par rapport à l'examen du 26 mars 2009, il y avait une enthésopathie fissuraire évolutive des ischio-jambiers, plus sévère à gauche, avec l'apparition d'un foyer de déchirure partielle du semi membraneux.

f. Le 22 juillet 2020, la recourante a transmis à l'intimée un rapport du Dr I_____ du 23 juin 2020, qui relevait que les examens réalisés en 2011 et 2012, qui lui avaient été transmis par l'assurée, confirmaient une nette évolution des lésions et attestaient d'une rupture partielle des tendons fessiers bien après l'accident de 1988 et la rente fixée par l'assurance à l'époque. Ces lésions étaient encore une cause d'incapacité majeure pour l'assurée et la part d'invalidité liée à sa hanche était clairement de 75%.

g. Le 25 novembre 2020, le gestionnaire du dossier a demandé au Dr J_____ quelles activités l'assurée pouvait encore raisonnablement exercer compte tenu des séquelles de l'accident et avec quels horaire et rendement.

h. Dans une appréciation du 27 novembre 2020 sur dossier, le Dr J_____ a conclu que la marche et la station debout ou assise prolongées supérieures à 30 minutes ainsi que l'accroupissement et agenouillement n'étaient plus possibles, le port de charges était extrêmement limité et la position assise limitée à 20 minutes. Une activité était exigible de type sédentaire avec alternance des positions assise/debout. Les limitations étaient strictes, dans la mesure où si l'on s'en écartait un peu, les douleurs rendaient toute activité impossible et nécessitaient une période de repos et de traitement de l'ordre de quelques mois. Les limitations fixées lors de l'appréciation du 30 septembre 2019 étaient plus conséquentes que lors du bilan final antérieur du 17 octobre 1995, mais cette aggravation ne pouvait être mise sur le compte du problème inférieur gauche, ni de manière vraisemblable au niveau du rachis lié à une spondylodèse L5-S1. Il était difficile de dissocier les limitations fonctionnelles actuelles du contexte global, dans la mesure où les atteintes étaient anatomiquement extrêmement proches et que les limitations étaient à prendre dans leur globalité. La hanche, le bassin et le rachis lombaire étaient en effet en continuité fonctionnelle, du fait de leur attache anatomique.

i. Par décision sur opposition du 11 décembre 2020, l'assurance a rejeté l'opposition et dit qu'elle ne pouvait entrer en matière sur la conclusion de l'assurée tendant à l'octroi d'une IPAI, qui dépassait le cadre de la décision querellée.

S'agissant de son droit à une rente d'invalidité, l'assurance rappelait que l'assurée présentait, parallèlement à ses troubles d'origine accidentelle, des atteintes du rachis d'origine dégénérative, qui avaient fait l'objet d'une spondylodèse L4-S1

le 10 avril 2017 que l'assurance avait refusé de prendre en charge, ce que l'assurée n'avait pas contesté.

Les limitations fonctionnelles retenues en 1996-1997 et 2019-2020 étaient très similaires, voire identiques. Aussi, dans les faits, si l'on ne pouvait pas parler d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, force était de constater qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire dans laquelle elle pouvait librement alterner les positions assise et debout. Par conséquent, la position adoptée par l'assurance, selon laquelle une augmentation notable du taux d'invalidité n'était pas établie n'apparaissait pas critiquable. Les arguments soulevés par l'assurée n'y changeaient rien. L'évaluation de l'assurance-invalidité n'était pas pertinente, dès lors qu'elle prenait en compte les troubles lombaires dont la prise en charge n'incombait pas à l'assurance. D'autre part, l'évaluation de l'invalidité d'origine accidentelle estimée à 75% par le Dr I_____ devait être rejetée du fait qu'il n'incombait pas au médecin de se prononcer sur l'invalidité, qui était une notion principalement économique.

H. **a.** L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 25 janvier 2021, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et, principalement, au constat que l'intimée avait commis un déni de justice en ne statuant pas sur son droit à l'IPAI ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité de 75% à compter du 1er octobre 2019, avec suite de dépens.

b. Par réponse du 24 mars 2021, l'assurance a informé la chambre de céans qu'elle avait rendu une décision par laquelle elle niait le droit à la recourante à une IPAI supplémentaire le 18 février 2021 et qu'en conséquence, le recours pour déni de justice était devenu sans objet. Au surplus, l'intimée confirmait l'absence de droit de l'assurée à une rente d'invalidité fondée sur un taux supérieur à 50%, précisant ne pas prétendre que celle-ci serait apte à reprendre une activité à plus de 50%. La recourante ne pouvait tirer argument du fait que l'intimée avait accepté initialement de prendre en charge ses troubles à la hanche gauche, car elle avait la possibilité de mettre fin à ses prestations avec effet *ex nunc et pro futuro* sans avoir à se fonder sur un motif de révocation. Afin de faire taire tout débat quant à la valeur probante des rapports du Dr J_____, l'assurance avait soumis la cause à la doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, de la division de médecine des assurances de l'assurance, qui avait confirmé, le 23 mars 2021, une capacité de travail de l'assurée de 50%, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée. Quant aux rapports du Dr I_____ des 13 février et 23 juin 2020, ils étaient peu motivés et pas convaincants.

Dans son rapport du 23 mars 2021, la Dresse M_____ concluait que du point de vue des séquelles accidentelles de 1988, on ne pouvait reconnaître une aggravation déterminante de l'état de santé de la recourante pouvant influencer sa capacité de travail. Ni la hernie du fascia lata, qui était ancienne et traitée, ni l'infiltration graisseuse, qui était a priori asymptomatique, n'étaient responsables

de la symptomatologie douloureuse exacerbée de sa hanche gauche. Une activité adaptée aux limitations à 50% était possible.

c. La recourante a répliqué le 20 avril 2021, relevant que la rechute remontait au 8 août 2016 et non à mai 2016 comme indiqué dans la réponse de l'assurance. Au vu des éléments du dossier, il était établi que l'intimée avait commis un déni de justice en ne statuant sur l'IPA que plusieurs semaines après le dépôt de son recours, dans le seul but d'éviter une condamnation et alors qu'elle aurait dû le faire en 2019 déjà. Par conséquent, la recourante avait à tout le moins droit à des dépens.

Par ailleurs, la décision du 18 février 2021 portant sur l'IPAI avait fait l'objet d'une opposition. L'on se trouvait dans un cas où l'assureur devait démontrer la disparition du lien de causalité, ce qui n'avait pas été démontré par l'assurance. Il était faux de prétendre que l'assurance devait uniquement examiner la stabilisation de l'état de santé selon l'art. 19 al. 1 LAA.

L'assurance citait la jurisprudence permettant à l'assureur-accidents de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prester. Or, pour appliquer cette jurisprudence, il fallait démontrer que les prestations versées résultaient d'une appréciation incorrecte de l'état de fait. L'assurance ne motivait en rien quels seraient les motifs concrets qui permettraient d'appliquer cette jurisprudence au cas d'espèce. Elle semblait oublier que les prestations versées suite à l'annonce de rechute découlaient d'une aggravation reconnue et non contestée de son état de santé, qui avait notamment abouti à une intervention le 20 février 2018, soit une cure de hernie du fascia lata et une bursectomie trochantérienne. Les prestations versées jusqu'à septembre 2019 l'avaient été à juste titre.

L'appréciation de la Dresse M_____ n'avait aucune valeur probante.

d. Le 25 novembre 2021, l'intimée a fait valoir que si la recourante avait requis une IPAI complémentaire par ses écritures d'opposition des 13 décembre 2019 et 19 février 2020 (pièces 301 et 310), elle n'avait ensuite plus fait mention de cet objet (pièces 323, 332 et 336). Dans le cadre de ses rappels, la recourante, assistée d'un conseil, n'avait pas attiré l'attention de l'intimée sur cet objet. L'intimée avait requis un complément d'instruction de son médecin-conseil qui avait confirmé l'absence de droit à une IPAI complémentaire. Suite au recours, l'intimée s'était immédiatement prononcée sur l'IPAI. Elle avait ainsi pallié à la carence du dossier, dans le cadre du recours et son comportement ne constituait pas un déni de justice. Aucune indemnité ne devait donc être allouée à la recourante pour ce motif.

e. La recourante a été entendue par la chambre de céans le 15 juin 2022.

f. Par courrier du 6 avril 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise au professeur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef d'unité « chirurgie prothétique hanche et genou », service de chirurgie

orthopédique et traumatologie, à Lausanne, assisté par la docteure O_____, médecin assistante. Elle leur a imparti un délai au 28 avril 2023 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions de la mission d'expertise, qu'elle leur a transmise.

g. Le 25 mai 2023, la recourante a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer.

Elle a proposé des ajouts dans la mission d'expertise et relevé une erreur de date d'un rapport médical.

Elle a transmis un rapport d'IRM du 4 mai 2023 et demandé à pouvoir être accompagnée lors de l'expertise par une personne de confiance comme cela lui avait été autorisé lors des examens auprès du médecin d'arrondissement.

h. L'intimée s'est opposée à la nomination de l'expert désigné, au motif qu'il ne disposait d'aucune certification en assécurologie et qu'il n'était pas versé dans la traumatologie, mais dans la prothétique, domaine qui était sans rapport avec le cas d'espèce. Elle proposait à sa place le docteur P_____, qui était pour sa part versé dans la traumatologie de l'adulte et médecin-cadre au service d'orthopédie et traumatologie du CHUV.

L'intimée transmettait en annexe de sa détermination une brève appréciation établie le 17 avril 2023 par la docteure M_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie FMH.

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. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Dans sa décision sur opposition du 11 décembre 2020, l'intimée a constaté qu'elle ne pouvait entrer en matière sur la conclusion de l'assurée tendant à l'octroi d'une IPAI, qui dépassait le cadre de la décision querellée.

4.1

4.1.1 La recourante a fait valoir qu'elle avait annoncé une rechute en août 2016 et que l'intimée, qui avait mis fin aux indemnités journalières au 30 septembre 2019, aurait dû statuer non seulement sur son droit à une rente d'invalidité plus élevée, mais également sur l'IPAI, commettant ainsi un déni de justice.

4.1.2 Par réponse du 24 mars 2021, l'intimée a informé la chambre de céans qu'elle avait rendu une décision par laquelle elle niait le droit à la recourante à une IPAI supplémentaire le 18 février 2021 et qu'en conséquence, le recours pour déni de justice était devenu sans objet.

4.2

4.2.1 La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_355/2017 du 14 mars 2018).

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).

4.2.2 En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art.56 al. 2 LPGA).

Lorsqu'il existe un intérêt actuel au recours au moment où celui-ci est formé, mais qu'il tombe ultérieurement en cours de procédure, le recours pour déni de justice doit être déclaré sans objet et rayé du rôle (ATF 125 V 373 consid. 1).

4.3

La décision de l'intimée du 21 novembre 2019 – confirmée par la décision sur opposition du 11 décembre 2020 – ne portant que sur le droit de la recourante à plus d'une demi-rente d'invalidité, son droit à une IPAI plus élevée que celle fixée le 12 novembre 1990 n'entre pas dans l'objet du présent litige.

La question de savoir si l'intimée a commis un déni de justice en ne se prononçant pas dans sa décision du 21 novembre 2019 sur le taux de l'IPAI de la recourante suite à l'aggravation de son état de santé est sans objet, dès lors que l'intimée a rendu une décision à ce sujet le 18 février 2021. La chambre de céans devra

toutefois se prononcer sur l'éventuel droit à l'octroi de dépens dans son arrêt au fond.

5. Le litige porte en conséquence sur le droit de la recourante à plus d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2019, ainsi qu'à des dépens en tant que son recours reprochait un déni de justice à l'intimée.

6.

6.1

6.1.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.1.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe

d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

6.1.3 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).

6.1.4 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

6.1.5 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les

frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

6.2 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6.3 Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.4

6.4.1 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).

6.4.2 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.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.5 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).

6.6 Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine de l'assurance sociale (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), exclut que la charge de l'apport de la preuve ("Beweisführungslast") incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents. Dans le procès en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où la partie qui voulait déduire des droits de faits qui n'ont pas pu être prouvés en supporte l'échec. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une

appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6; ATF 117 V 261 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1).

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

6.7 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

6.8 Selon l'art. 69 al. 1 LPGA, l'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations. Selon l'al. 2 let. a de cette disposition, est tenue de prendre provisoirement le cas à sa charge : l'assurance-maladie, pour les prestations en nature et les indemnités journalières dont la prise en charge par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'AI est contestée.

7.

7.1

7.1.1 La recourante se prévaut d'une rechute, survenue le 8 août 2016, ayant aggravé son état de santé. Elle a été opérée du dos le 10 avril 2017, puis du grand fessier le 20 février 2018. Elle ne conteste pas que son état était stabilisé à la fin du mois de septembre 2019, date à laquelle l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières en lien avec son opération du grand fessier. Elle soutient qu'à ce moment, son invalidité était de 75%, et non plus de 50%, en raison d'une augmentation de son incapacité de travail à 100%, dont 75% seraient à la charge de l'intimée. Elle ne conteste pas la position de l'intimée en tant qu'elle retient que ses problèmes lombaires ne sont pas en rapport de causalité avec l'accident de 1988.

7.1.2 L'intimée estime que les rapports de ses médecins d'arrondissement établissaient l'absence de modification sensible de l'état de santé de la recourante et par conséquent de son taux d'invalidité de 50%.

Elle avait refusé de prester pour les atteintes au rachis d'origine dégénérative qui avaient fait l'objet de l'opération du 10 avril 2017, sans que la recourante le conteste.

7.2 Il convient en l'espèce de déterminer en premier lieu la capacité de travail de la recourante au moment de la stabilisation de son état de santé suivant ses opérations de 2017 et 2018 de manière générale, indépendamment de ses différentes atteintes. Dans un second temps, il faut fixer la part de son incapacité de travail qui est en lien de causalité avec son accident de 1988, dont seules les suites sont à la charge de l'intimée, pour déterminer si le taux d'invalidité de la recourante est plus élevé que celui de 50% retenu dans la dernière décision en force.

8.

8.1

8.1.1 La recourante a fait valoir que dès lors qu'il s'agissait d'un contexte de suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve appartenait à l'intimée. En effet, celle-ci avait, suite à sa rechute, pris en charge ses traitements médicaux et son incapacité de travail en 2016, puis de février 2018 à septembre 2019, admettant ainsi le lien de causalité et sa responsabilité. Elle n'avait pas démontré la disparition des troubles aggravés de la hanche ni des limitations en découlant.

8.1.2 L'intimée estime pour sa part que le fardeau de la preuve ne lui incombe pas et qu'en l'absence de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, il lui incombait d'examiner, une fois l'état de santé de l'assurée stabilisé, si depuis la décision rendue en 1997, celui-ci s'était sensiblement modifié. La décision entreprise ne se rapportait pas à une suppression du droit aux prestations.

8.2 En l'espèce, la décision querellée du 11 décembre 2020 confirme la décision du 21 novembre 2019, qui retenait que la situation de la recourante ne s'était pas

notablement aggravée qu'une demi-rente d'invalidité lui avait été octroyée. Il ne s'agit donc pas d'un contexte de suppression du droit à des prestations, dans lequel le fardeau de la preuve incombe à l'intimée. Le fardeau de la preuve incombe à la recourante, qui invoque une aggravation de son état de santé justifiant une augmentation du taux de sa rente. Cela étant, dans la mesure où l'intimée soutient que les atteintes ne seraient pas ou plus en lien avec l'accident de 1988, après l'avoir admis, le fardeau de la preuve de l'absence de causalité ou du retour au *statu quo sine* ou *ante* lui appartient.

9. Il convient d'examiner la valeur probante des conclusions du Dr J_____.

9.1

9.1.1 La recourante a émis plusieurs critiques sur les rapports de celui-ci.

9.1.2 Pour l'intimée, les critiques de la recourante sur les rapports du Dr J_____ n'impactaient pas le fait que les limitations fonctionnelles de la recourante telles que décrites en 1997 demeuraient d'actualité. Nul ne prétendait qu'elle serait apte à reprendre une activité à plus de 50%. Pour faire taire tout débat quant à la valeur probante desdits rapports, elle avait soumis le cas à la Dresse M_____, qui avait confirmé que la capacité de travail de la recourante à retenir était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

9.2

9.2.1 En l'espèce, la chambre de céans constate que l'intimée n'était elle-même manifestement pas convaincue de la valeur probante des conclusions du Dr J_____, puisqu'elle a fait procéder, au stade de sa réponse au recours, à une nouvelle appréciation du cas par la Dresse M_____.

9.2.2 Comme l'a relevé la recourante, l'on peut également constater que le Dr J_____ ne bénéficiait pas du rapport établi le 10 juillet 2018 par le Dr H_____ dans le dossier qui lui avait été remis par l'intimée et qu'il s'est ainsi prononcé sur un dossier incomplet. Une anamnèse plus poussée lui aurait sans doute permis de le constater et de compléter le dossier.

9.2.3 Les rapports du Dr J_____ des 2 septembre 2019 et 26 novembre 2020 ne discutent pas les conclusions différentes aux siennes des médecins traitants de la recourante.

9.2.4 Il faut encore admettre avec la recourante que le Dr J_____ a varié dans son appréciation des limitations de la recourante s'agissant du port de charges, retenant dans ses appréciations des 2 septembre 2019 et 27 novembre 2020 qu'il était très limité et le 30 septembre 2019 qu'il était limité à 10 kg, sans motivation sur ce point. De même, il a retenu le 2 septembre 2019 que la position assise devait être limitée à 20 minutes alors que le 30 septembre suivant, qu'elle était limitée à 30 minutes.

9.2.5 Mais surtout, dans son rapport du 2 septembre 2019, le Dr J_____ a indiqué que les moindres surcharges mécaniques entraînaient des douleurs rendant toute activité impossible. Il paraissait ainsi retenir une incapacité totale de travail. Or, dans son rapport du 30 septembre 2019, il a retenu qu'une activité adaptée était exigible, ce qui paraît contradictoire à teneur de son rapport du 2 septembre 2019. De plus, il ne précisait ni le taux ni le rendement de l'activité exigible.

9.2.6 Par ailleurs, dans son rapport du 27 novembre 2020, le Dr J_____ a indiqué que les limitations de la recourante définies le 30 septembre 2019 étaient plus conséquentes que lors du bilan final du 17 octobre 1995, mais que cette aggravation des restrictions ne pouvait être mise sur le compte du problème inférieur gauche, ni de manière vraisemblable au niveau du rachis lié à une spondylodèse L5-S1, qui limitait la biomécanique de tout l'ensemble du bassin et du rachis lombaire, dans le sens d'un Hip-Spine syndrome.

Cette conclusion n'est pas convaincante au regard du rapport établi le 10 juillet 2018 par le Dr H_____, selon lequel l'incapacité de travail de la recourante qui persistait découlait de la lésion fessière gauche et pas de la pathologie lombaire. Elle est également remise en cause par le rapport établi le 23 juin 2020 par le Dr I_____, qui retenait que les examens réalisés en 2011 et 2012 confirmaient une lésion évolutive de la hanche et de la fesse gauche de la recourante depuis l'accident, laquelle était la source d'une incapacité majeure.

En conclusion, les conclusions du Dr J_____ ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

10. Le rapport établi par la Dresse M_____ le 23 mars 2021 a également fait l'objet de critiques de la recourante, qui sont contestées par l'intimée.

Ce rapport ne peut pas non plus se voir reconnaître une force probante suffisante, dès lors que la Dresse M_____ est un médecin interne de l'intimée, non spécialisée en chirurgie orthopédique, et qu'il n'est pas fondé sur une anamnèse, ni sur un examen clinique de la recourante. Les conclusions de la Dresse M_____, selon lesquelles il n'y a pas eu d'aggravation déterminante de l'état de santé de l'assurée du point de vue des séquelles accidentelles sont en outre contredites par le rapport du Dr H_____ du 23 juin 2020 et celui du Dr I_____ du 23 juin 2020 précités.

11.

Les rapports du Dr I_____ ne sont pas non plus pleinement probants, celui-ci semblant se référer par erreur à la notion d'invalidité plutôt qu'à celle d'incapacité de travail, qui est seule de son ressort.

À partir du 1er juillet 2018, il a certifié que la recourante était en incapacité de travail totale, mais à 50% pour maladie et à 50% pour accident du 1er au 31 septembre 2018. Cette conclusion est sujette à interprétation. La recourante a fait valoir que cela voulait dire qu'il fallait ajouter 25% d'incapacité en lien avec

l'accident (50 x 50%) à l'incapacité de travail de 50% d'ores et déjà admise par l'intimée, et que cela faisait donc 75%. L'on peut également comprendre que le Dr I_____ retenait que la recourante était incapable de travailler à 50% en raison d'une maladie et à 50% en raison d'un accident.

12.

12.1 La recourante a fait valoir qu'en raison du principe d'uniformité de la notion d'invalidité, il convenait d'éviter que pour une même atteinte à la santé, l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. L'évaluation de l'invalidité de l'un de ces assureurs ne pouvait être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision de l'autre. Par conséquent, l'assurance ne pouvait ignorer la décision de l'OAI, qui était la conséquence de la seule aggravation de l'atteinte de la hanche.

12.2 Le fait que l'OAI ait retenu que la recourante était totalement incapable de travailler n'est pas déterminant en l'occurrence, dès lors qu'il a fondé sa décision sur l'appréciation du Dr G_____, qui retenait une aggravation des douleurs de la hanche gauche, selon la consultation du 24 janvier 2017. Or, depuis lors, la situation de la recourante a évolué, puisqu'elle a été opérée par le médecin susmentionné le 20 février 2018, lequel a indiqué le 23 mai suivant qu'il n'y avait pas lieu de prolonger l'incapacité de travail de la recourante au-delà du 20 avril 2018.

12.3 En conclusion, il est ainsi nécessaire de faire procéder à une expertise de la recourante par un chirurgien orthopédiste.

13.

13.1 L'intimée s'est opposée à la nomination du Prof. N_____ au motif qu'il ne disposait d'aucune certification en assécurologie et qu'il n'était pas versé dans la traumatologie, mais dans la prothétique, domaine qui était sans rapport avec le cas d'espèce.

13.2 Selon l'art. 38 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une expertise est ordonnée, l'autorité nomme un ou des experts. Un délai est imparti aux parties pour proposer, s'il y a lieu, la récusation des experts (art. 39 al. 1 LPA).

En l'espèce, la demande de récusation a été déposée dans le délai imparti, de sorte qu'elle est recevable.

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles), ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision

sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108 ; voir aussi ATF 139 V 349, 138 V 271).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités, en gardant à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

13.3 En l'espèce, les motifs invoqués par l'intimée ne justifient pas un changement d'expert. En effet, le Prof. N_____ est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et bénéficie ainsi de la formation requise pour exécuter la présente mission d'expertise.

Pour le surplus, la certification SIM n'est pas exigée par la chambre de céans dans le cadre des expertises judiciaires (ATAS/874/2018 du 3 octobre 2018).

La requête de l'intimée sera donc rejetée.

14. Les suggestions de la recourante sont admises et la mission d'expertise sera complétée en conséquence.

La recourante est autorisée à être accompagnée lors de l'expertise par une personne de confiance.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale orthopédique de la recourante.

La confie au professeur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à Lausanne.

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

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.

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

D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé suite à la rechute annoncée le 30 août 2016 ?

Si oui, depuis quelle date ?

Si non, dans quel délai une stabilisation est-elle attendue ?

4.4 Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite d'un traitement médical un maintien ou une amélioration de l'état de santé d'assurée en rapport avec l'accident ?

Si oui, lequel et dans quelle mesure ?

Quel est le pronostic ?

4.5 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.6 À la date de la stabilisation suite à la rechute annoncée le 30 août 2016, l'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis la décision du 16 août 2001, qui constatait que la recourante n'avait pas droit à une modification de sa rente d'invalidité, qui avait été fixée à une demi-rente par décision du 28 février 1997 ? en distinguant ses différentes atteintes à la santé.

4.7 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée), à la date de la stabilisation de l'état de santé.

4.8 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.9 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.10 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.11 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic au moment de la stabilisation de l'état de santé suite à la rechute annoncée le 30 août 2016.

5.2. Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Causalité

6.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident du 3 août 1988 ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

Pour rappel cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate

de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

6.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

6.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

6.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé

6.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

6.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

7. Capacité de travail

7.1 Quelle est la capacité de travail globale de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu de l'ensemble de tous les diagnostics ?

7.2 Quelle est la capacité de travail globale de la personne expertisée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, compte tenu de l'ensemble de tous les diagnostics ?

7.3

7.3.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, pour les atteintes qui sont en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident de 1988 ?

7.3.2 Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis le 16 août 2001 ? ***(capacité de travail de 50% alors reconnue depuis le 1er novembre 1995 sur la base d'un rapport du Dr F_____ du 6 avril 1995, qui retenait une capacité de travail de 50 % en raison du syndrome douloureux de la colonne essentiellement)*** ?

7.3.3 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.4

7.4.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pour les atteintes qui sont en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident de 1988 ?

7.4.2 Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis le 16 août 2001 ?

7.4.3 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr H_____ du 10 juillet 2018, pour quels motifs ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr J_____ des 2 et 30 septembre 2019, et du 27 novembre 2020, pour quels motifs ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr I_____, en particulier ceux des 13 février et 23 juin 2020, pour quels motifs ?

8.4 Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dresse M_____ du 23 mars 2021, pour quels motifs ?

9. Atteinte à l'intégrité

9.1 L'intimée a octroyé à la personne expertisée une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% le 12 novembre 1990. Ce taux a-t-il augmenté, au moment de la stabilisation de l'état de santé suite faisant à la rechute annoncée le 30 août 2016, en lien avec les atteintes de la recourante en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident du 3 août 1988 ?

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

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

9.4. Le 30 septembre 2019, le Dr J_____ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de revoir l'IPAI fixée à 15% en 1990 concernant les suites du traumatisme au niveau du membre inférieur gauche. Êtes-vous d'accord avec cet avis ? Pour quels motifs ?

10. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

III. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires **dans les meilleurs délais** auprès de la chambre de céans.

IV. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La présidente

Isabelle CASTILLO | Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le