

GE_GERICHTE A/253/2021 vom 12. November 1990

GE Cour de justice, 1990-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_253_2021

FR: GE_GERICHTE A/253/2021 du 12 novembre 1990

IT: GE_GERICHTE A/253/2021 del 12 novembre 1990

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Le 1^{er} 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.

E. 3

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

E. 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.

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail

E. 4.1.1

Dates d'apparition

E. 4.1.2

Par réponse du 24 mars 2021, l'intimée a informé la chambre de ce 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.

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

E. 4.2.1

Dates d'apparition

E. 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).

!endif]>![if> 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).

E. 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 ?

E. 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 ?

E. 4.5

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

E. 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.

E. 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.

E. 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) ?

E. 4.9

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

E. 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 ?

E. 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

E. 5

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

E. 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.

E. 5.2

Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Causalité

E. 6

![endif]>![if>

E. 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).

E. 6.1.1

Veillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

E. 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) ?

E. 6.1.3

Veillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé

E. 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).

E. 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).

E. 6.2

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

E. 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) ?

E. 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.

E. 6.4

E. 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).

E. 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 LPG, 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 LPG (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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).![endif]>![if>

E. 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.![endif]>![if>

E. 7

![endif]>![if>

E. 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 ?

E. 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.![endif]>![if>

E. 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%.![endif]>![if> 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.

E. 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 ?

E. 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 ?

E. 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) ?

E. 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 ?

E. 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 ?

E. 7.4.2

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

E. 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

E. 8

![endif]>![if>

E. 8.1

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

E. 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.![endif]>![if>

E. 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. ![endif]>![if>

E. 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 ?

E. 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 ?

E. 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

E. 9

Il convient d'examiner la valeur probante des conclusions du Dr J_____.! [endif]>![if>

E. 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 ?

E. 9.1.1

La recourante a émis plusieurs critiques sur les rapports de celui-ci. ! [endif]>![if>

E. 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. ! [endif]>![if>

E. 9.2

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

E. 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_____. ! [endif]>![if>

E. 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. ! [endif]>![if>

E. 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. ! [endif]>![if>

E. 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. ! [endif]>![if>

E. 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. ![/endif]>![if>

E. 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.![endif]>![if> 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.

E. 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.

E. 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.![endif]>![if> IV. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.![endif]>![if> La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

E. 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.![endif]>![if> 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.

E. 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

E. 12

E. 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.

E. 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.

E. 12.3

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

E. 13

E. 13.1

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

E. 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).

E. 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.

E. 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