

GE_GERICHTE A/3176/2022 vom 29. Mai 2024

GE Cour de justice, 2024-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3176_2022

FR: GE_GERICHTE A/3176/2022 du 29 mai 2024

IT: GE_GERICHTE A/3176/2022 del 29 maggio 2024

Erwägungen

E. 20

novembre 2013, le contrôle du véhicule avait permis de constater que ce dernier avait été détruit suite à la violence et l'importance du choc. f. Suite à l'accident, la Caisse supplétive LAA a interpellé SWICA ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après : l'intimée, l'assurance ou SWICA) qui était l'assureur-accidents de l'employeur de l'assurée afin que les suites de l'événement soient prises en charge. B. a. Selon la déclaration de sinistre non datée et non signée, le salaire mensuel de l'assurée était de CHF 3'400.-. b. Par décision du 5 août 2014, SWICA a confirmé la prise en charge des suites de l'accident de novembre 2012, étant précisé qu'elle réduisait le montant de l'indemnité journalière de 10% en raison de l'absence de port de ceinture de sécurité. Dans ce même envoi, SWICA sollicitait les coordonnées bancaires de l'assurée pour le versement des indemnités journalières dues. c. Par courrier de son conseil du 1^{er} septembre 2014, l'assurée a informé SWICA que les prestations pouvaient être versées sur le compte au nom de Madame C_____, étant précisé que la première tranche des indemnités devait être versée en l'étude de son conseil. d. Par courrier du 20 avril 2015, SWICA a informé l'assurée que, suite à la réception des dernières pièces médicales, elle verserait les indemnités journalières sur le compte de sa sœur, C_____. Elle développait retenir une incapacité de travail de 100% du jour de l'accident au 21 décembre 2012, dès le 22 décembre 2012, l'incapacité de travail était fixée à 50%, conformément au rapport du 12 novembre 2014 du Docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Jusqu'à réception des conclusions de l'expertise à venir, l'assurée serait donc indemnisée à hauteur de 50%. e. Sur requête et relances de SWICA, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité le 24 mars 2016. Dans le formulaire de demande de prestations, elle a indiqué les coordonnées bancaires de C_____ en vue du versement d'éventuelles prestations à venir. f. L'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire à la Clinique E_____ sur demande de SWICA. Le rapport d'expertise a été établi le 1^{er} avril 2016 par le docteur F_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, Madame G_____, neuropsychologue, le professeur H_____, neurochirurgien, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. Dans l'anamnèse, les experts ont noté que l'accident avait été qualifié à haute cinétique selon le rapport des HUG du 19 novembre 2012. L'assurée a rapporté les souvenirs qui lui étaient revenus après coup. Elle a indiqué que le conducteur avait voulu engager une course ou une espèce de « gymkhana » dans les rues de Genève. Elle a expliqué qu'elle était terrorisée par la vitesse, raison pour laquelle elle avait enlevé sa ceinture pour se pencher vers le conducteur pour lui demander de s'arrêter. C'était à ce moment-là que l'accident était survenu. Elle se souvenait du bruit du choc et de la position de la voiture. Au moment de l'impact, sa tête avait tapé contre la portière et sa main droite était coincée dans le siège sans possibilité de l'extraire. Elle se rappelait l'arrivée des secours qui l'avaient sortie du

véhicule. En conclusion, les experts ont retenu que, dans la profession antérieure de serveuse ou un emploi équivalent, les fractures de la sphère maxillo-faciale avaient entraîné une incapacité de travail de 100% du 18 novembre 2012 au 17 mai 2013 ; le traumatisme crânio-cérébral sévère de grade V et les céphalées post-traumatiques avaient également entraîné une incapacité de travail de 100% du 18 novembre 2012 au 15 octobre 2014, avant que l'assurée ne recouvre sa pleine capacité de travail, mais avec un rendement diminué d'environ 40% en raison de ses troubles cognitifs. L'activité de serveuse n'était pas la plus adaptée, car elle sollicitait de manière relativement importante la mémoire à court terme. Dans une profession adaptée, ne nécessitant ni mémorisation à court terme d'informations multiples, ni rythme de travail soutenu, ni capacités de réflexion ou élaboration de stratégies, le traumatisme crânio-cérébral sévère justifiait une incapacité de travail de 100% jusqu'au 15 octobre 2014. Dès le 16 octobre 2014, l'assurée pouvait travailler à plein-temps, mais avec un rendement diminué d'environ 20% en raison de son ralentissement cognitif. Il était relevé que les troubles cognitifs devaient être réexaminés après abstinence au cannabis, la consommation de cette substance pouvant participer aux plaintes de fatigabilité et aux troubles de la concentration. g. Par courrier du 12 avril 2016, SWICA a, sur la base des conclusions de l'expertise, considéré qu'il était exigible d'ordonner une abstinence au cannabis pour une période de trois mois, suite à laquelle un complément d'expertise serait réalisé afin d'évaluer le fonctionnement cognitif. En effet, selon les experts, la consommation de cannabis était susceptible d'interférer négativement sur le fonctionnement cognitif. Dans l'attente de connaître la détermination finale des experts, l'indemnité journalière serait fixée sur la base d'une pleine capacité de travail dans l'activité de serveuse, mais avec une baisse de rendement de 40% dès le 1^{er} janvier 2016, comme cela ressortait d'ores et déjà du rapport d'expertise du 1^{er} avril 2016. h. Par rapport du 10 juin 2016, les docteurs K_____ et L_____ des HUG, tous deux spécialistes FMH en médecine interne générale, ont relevé que l'assurée avait fait l'objet d'un bilan neuropsychologique en avril 2016 qui avait mis en évidence un niveau de fatigabilité relativement élevé en raison de la photosensibilité et des céphalées. L'assurée décrivait une douleur psychique importante et croissante liée aux séquelles de l'accident, soit des cicatrices sur le visage et le crâne ainsi que des troubles de la mémoire, de la concentration, un ralentissement cognitif, une apathie et de la fatigue. Elle faisait également état de sentiments d'injustice, de honte, de colère et de tristesse. Les médecins soulignaient que ces ruminations autour de l'accident apparaissaient au premier plan et semblaient très intrusives dans le quotidien de l'assurée. Comparativement à l'évaluation du 20 novembre 2012, il y avait une persistance des troubles exécutifs (ralentissement, sensibilité à l'interférence, troubles de la disponibilité lexicale) et de la mémoire épisodique verbale à long terme, un léger défaut en mémoire épisodique visuelle à long terme et en mémoire verbale à court terme ainsi qu'un léger ralentissement attentionnel. Il était mentionné une majoration des troubles de l'humeur avec des éléments anxio-dépressifs et des ruminations. Une évaluation était prévue le 14 juin 2016 afin de débiter un suivi psychothérapeutique. Les médecins concluaient à une reprise d'activité à 50%. i. Un complément d'expertise neuropsychologique, daté du 19 septembre 2016, a été effectué par le Prof. H_____ et Madame G_____ de la clinique E_____. Suite à l'abstinence au cannabis, l'assurée présentait encore un déficit cognitif léger, lequel se caractérisait par des difficultés de planification, de mise en place de stratégies, d'abstraction verbale et visuo-spatiale, mais également par une faiblesse en mémoire immédiate/de travail, ainsi que par un léger ralentissement et des difficultés de calcul. Ce déficit cognitif léger, consécutif au

traumatisme crânio-cérébral, était désormais stable et le resterait probablement, même si une marge d'amélioration demeurait possible. Depuis la fin de l'année 2015, c'est-à-dire depuis les examens sur lesquels se fondait l'expertise, certains aspects du fonctionnement cognitif s'étaient améliorés (difficultés d'initiation, d'accès lexical, de lecture à voix haute, de planification, de calcul et de vitesse de traitement des informations). Toutefois, des limitations de la mémoire à court terme auditivo-verbale et du rythme de travail subsistaient, au vu notamment du léger ralentissement mis en évidence. Dans la profession de serveuse, on pouvait envisager que l'assurée contourne ses problèmes mnésiques en utilisant systématiquement un calepin ou une tablette, mais cela se répercuterait le cas échéant sur sa vitesse de travail. Des difficultés d'abstraction et de mises en place de stratégies avaient également été décelées, mais elles n'étaient pas susceptibles de se répercuter significativement dans l'activité de serveuse ou tout autre emploi subordonné, impliquant des consignes claires ou un suivi des tâches à effectuer. Il en allait de même des difficultés de calcul, moyennant l'usage d'une calculatrice. Lors de la première expertise, il avait été considéré qu'une perte de rendement de 40% liée au ralentissement cognitif était possible dans l'activité de serveuse qui devait être revue à 30% compte tenu de la légère amélioration. Dans une activité adaptée, la perte de rendement était désormais fixée à 10%. Le trouble cognitif correspondait à un taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. j. Par courrier du 7 novembre 2016, SWICA a adressé sa prise de position à l'assurée afin de lui permettre de faire valoir son droit d'être entendu. SWICA lui a ainsi annoncé qu'elle entendait mettre fin à la prise en charge des traitements et au versement des indemnités journalières au 31 octobre 2016. S'agissant du droit à la rente, celui-ci était fixé à 10%, ce qui correspondait à la baisse de rendement. Vu la faiblesse du montant de la rente, SWICA proposait de la racheter en versant le montant de CHF 2'586.20, ce qui éteindrait les droits de l'assurée. Le taux d'atteinte à l'intégrité était fixé à 20%. Le courrier se terminait en indiquant qu'en cas d'acceptation, l'assurée devait communiquer les coordonnées bancaires pour le versement. k. Par courrier du 27 décembre 2016, l'assurée a sollicité une prolongation de délai, indiquant être dans l'attente d'informations médicales. l. Par décision du 29 décembre 2016, l'assureur-accidents a refusé de prolonger le délai accordé. Il a mis fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2016. Dès le 1^{er} novembre 2016, une rente d'invalidité de 10% était reconnue (CHF 7.- par mois) que SWICA proposait de racheter, ce qui conduirait au versement d'un capital unique de CHF 2'586.-, lequel éteindrait le droit à la rente. En cas d'acceptation, l'assurée était priée de communiquer ses coordonnées bancaires. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était reconnu à hauteur de 20% (CHF 25'200.-). m. Par courrier du 26 juin 2017, l'assurée a sollicité que les montants dus soient versés sur le compte fiduciaire de l'étude de son conseil. n. En réponse, SWICA a indiqué par courrier du 4 juillet 2017 que les sommes de CHF 25'200.- et 2'586.-, fixées par la décision du 29 décembre 2016, avaient été versées le 22 février 2017 sur le compte bancaire communiqué, soit celui de C_____. o. Par décision du 31 octobre 2017, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a nié le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. C. a. Par courrier adressé à SWICA le 16 avril 2018, l'assurée a sollicité la révision de la décision du 29 décembre 2016 au motif que celle-ci reposait sur une expertise de la clinique E_____ qui s'était vue retirer son autorisation d'exploiter. b. Par envoi du 22 juin 2018, afin d'étayer sa demande de révision, l'assurée a transmis à SWICA un rapport du docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, qui relevait suivre l'assurée depuis le 23 février 2018. Il concluait à un état dépressif d'intensité modérée. Il notait notamment des

symptômes anxieux marqués et très handicapants. Selon son appréciation, les symptômes présentés par l'assurée s'étaient installés suite à son accident de 2012. Il trouvait difficilement compréhensible que l'expertise médicale n'ait pas exploré les symptômes liés au traumatisme. Il concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. c. Par courrier du 6 novembre 2018, SWICA a estimé que les conditions pour une révision n'étaient pas réalisées. d. Par courrier du 23 novembre 2018, l'assurée a contesté la position de l'intimée en invoquant l'arrêt du Tribunal fédéral, 8C_567/2017 du 14 mai 2018. Il était également relevé que l'intimée faisait une lecture erronée des conclusions du Dr M_____. e. Par décision du 3 décembre 2018, SWICA a refusé de procéder à une révision. f. Le 21 décembre 2018, l'assurée a fait opposition en concluant à la révision de la décision du 29 décembre 2016. Elle a demandé la reprise de l'instruction, la réalisation d'une expertise et le versement des prestations dues rétroactivement. g. Par arrêt du 15 janvier 2019 (ATAS/17/2019), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a partiellement admis le recours de l'assurée et renvoyé la cause à l'OAI pour réalisation d'une expertise. Elle a considéré que les manquements constatés au sein du « département expertise » de la clinique E_____ dans la procédure relative au retrait de l'autorisation d'exploiter cet établissement soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises y avaient été réalisées et portaient atteinte à la confiance que l'on était en droit d'attendre d'une institution chargée d'effectuer des expertises. Il n'était donc pas possible de se baser sur l'expertise réalisée à la clinique E_____ pour statuer sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, celle-ci ne pouvant pas se voir reconnaître pleine valeur probante. h. Par courrier du 25 janvier 2019, l'assurée a transmis l'arrêt précité à SWICA pour justifier une nouvelle fois la nécessité de réviser la décision de décembre 2016, ce dernier ayant retenu que l'expertise de la clinique E_____ n'avait pas de valeur probante. i. Par courrier du 29 janvier 2019, SWICA a suspendu la procédure d'opposition dans l'attente de la réalisation de l'expertise par l'assurance-invalidité. j. L'OAI a mandaté le Centre d'Expertises Médicales (ci-après : CEMed). Le rapport d'expertise a été établi le 24 octobre 2019 par Madame N_____, neuropsychologue, le docteur O_____, spécialiste FMH en neurologie, et le docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont conclu que l'activité habituelle dans la restauration ne pouvait plus être exercée. L'assurée avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec un rendement diminué de 20%. Si l'activité était simple, répétitive et ne sollicitait pas trop la mémoire immédiate et antérograde, le rendement pourrait être augmenté. La diminution de rendement était en lien avec les troubles neuropsychologiques. Sur le plan strictement neurologique, la capacité de travail était restée complète sans limitations fonctionnelles hormis une période de six mois à une année après l'accident. Sur le plan psychiatrique, dans les suites de l'accident, il y avait eu un suivi relativement court par un psychiatre en lien avec des notions de symptômes dépressifs de moyenne intensité. Les descriptions des médecins apparaissaient aujourd'hui relativement dramatiques, l'assurée ayant beaucoup relativisé, voire invalidé ces notions. Dans les activités jugées exigibles sur le plan neuropsychologique et neurologique, la capacité de travail d'un point de vue psychique était complète. Il était précisé que l'assurée exerçait une activité de garde d'enfants à raison de quelques heures par semaine chez des privés. k. Sur demande du service médical régional (ci-après : SMR), les experts ont complété l'expertise en date du 2 décembre 2019 en développant que leurs conclusions, s'agissant des troubles neuropsychologiques étant superposables avec celles de 2016, la capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20% devait être retenue à

compter de l'expertise du 5 avril 2016. l. Par décision du 7 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que l'assurée se trouvait en totale incapacité de travail dans son activité habituelle, mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20% dès avril 2016, étant précisé que la demande ayant été déposée le 24 mars 2016, aucune prestation de pouvait intervenir avant septembre 2016. m. Par courrier du 10 mars 2020, SWICA a indiqué que, vu les éléments au dossier, en particulier le rapport d'expertise du CEMed, elle estimait que les conditions n'étaient pas remplies pour obtenir une révision de la décision du 29 décembre 2016. n. Par courrier du 16 mars 2020, l'assurée a maintenu son opposition. Elle a précisé avoir déposé un recours à l'encontre de la décision de l'OAI et être disposée à ce que son dossier soit suspendu jusqu'à droit jugé sur son recours. o. Dans le cadre de la procédure de recours contre la décision de l'assurance-invalidité, la chambre de céans a interpellé les experts du CEMed. Par courrier du 15 mars 2021, les experts du CEMed ont expliqué que, sur le plan neurologique, sans tenir compte des conclusions de l'expertise de la clinique E_____, la capacité de travail était entière après une période d'un an au maximum après l'accident. Sur le plan psychique, il était relevé que le rapport émanant des HUG de 2016 faisait état d'une capacité de travail de 50% en tenant compte des atteintes neurologiques, neuropsychologiques et psychiques. Les appréciations sur le plan psychiatrique avaient été par le passé très imprégnées par les déclarations de l'assurée sans véritable status psychiatrique, ni distinction entre facteurs médicaux et extra-médicaux. S'agissant du rapport du Dr M_____ de 2018, il retenait un état dépressif modéré sans descriptions détaillées et sans prescription d'un médicament spécifique. Il y avait mélange entre les notions subjectives de la patiente, des notions neuropsychologiques, neurologiques et les observations. La capacité de travail de 50% était donc basée sur une appréciation globale. Il était dès lors relevé qu'avec le constat d'une nette amélioration entre 2018 et 2019, l'absence de médication et de suivi, il était conclu que l'assurée n'avait pas atteint un niveau dépressif cliniquement significatif et d'une durée prolongée. Cette analyse rejoignait par ailleurs les explications fournies par l'assurée. Il n'y avait donc jamais eu une atteinte psychiatrique ayant conduit à une incapacité de travail durable. Sur le plan neuropsychologique, les propos du Dr M_____ ne reposaient pas sur un nouvel examen neuropsychologique. Quant au rapport des Drs K_____ et L_____, il ne distinguait pas les troubles psychiques des troubles neuropsychologiques. S'agissant de la capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20%, en s'appuyant sur le comparatif entre les résultats de l'examen neuropsychologique des HUG du 21 avril 2016 et ceux de l'expertise de 2019, elle pouvait être retenue à compter de l'expertise de 2019. p. Par courrier du 31 mai 2021, l'assurée a demandé à SWICA de prendre formellement position sur la prise en charge des honoraires du médecin-psychiatre consulté après l'accident. Par ailleurs, elle expliquait qu'elle n'avait jamais reçu l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui avait été versée sur le compte de sa sœur, qu'elle avait tenté en vain de récupérer. Elle rappelait que le 5 août 2014, SWICA avait sollicité la communication de ses coordonnées bancaires pour le versement des indemnités journalières, ce qui avait été fait avec la précision que la première tranche d'indemnités devait être versée sur le compte fiduciaire de son conseil. À aucun moment, elle n'avait accepté que toute prestation en sa faveur soit versée sur le compte de sa sœur sans durée limitée dans le temps. Le 26 décembre 2016, SWICA avait formellement sollicité la communication du compte pour le versement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Toutefois, l'assureur avait pris l'initiative de verser l'indemnité sur le compte précité sans relance, ni confirmation. Elle avait par la suite

communiqué que le montant devait être versé sur le compte fiduciaire de l'étude de son conseil. Elle considérait dès lors que le versement effectué ne libérait pas l'assureur de son obligation de prêter en sa faveur. Elle le mettait donc en demeure de lui verser les montants dus, soit selon décision du 29 décembre 2016, les sommes de CHF 25'200.- à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité et de CHF 2'586.20 au titre de rachat de rente, auxquelles s'ajoutaient les intérêts de 5% dès le 1^{er} janvier 2017, soit la somme de CHF 6'048.-. q. Par courrier du 13 août 2021, SWICA a répondu que la décision du 29 décembre 2016 avait limité la prise en charge des frais médicaux au 31 octobre 2016, de ce fait elle n'interviendrait pas s'agissant des frais médicaux dispensés du 23 février au 28 juillet 2018. S'agissant du versement réalisé le 22 février 2017 sur le compte de la sœur de l'assurée, elle rappelait que les coordonnées bancaires avaient été transmises par courrier du 28 novembre 2014. Depuis lors, il n'y avait eu aucune modification des instructions. Elle relevait que le formulaire de prestations auprès de l'OAI envoyé courant mars 2016 faisait toujours mention des coordonnées de la sœur de l'assurée pour le versement des prestations. Par courrier du 7 novembre 2016, dans le cadre du droit d'être entendu, il avait été demandé de confirmer le compte pour le versement des CHF 27'786.-, cette demande était restée sans réponse. La décision du 29 décembre 2016 sollicitait à nouveau la confirmation des coordonnées bancaires pour le versement, une nouvelle fois aucune suite n'y avait été donnée. Suite à l'entrée en force de la décision, le versement avait été effectué sur le seul compte communiqué aux assureurs sociaux, ce afin d'éviter toute réclamation, déni de justice ou intérêts moratoires. Un courrier de son conseil demandant le versement sur le compte de son étude n'était intervenu que le 26 juin 2017. Un courrier avait été adressé le 4 juillet 2017 afin de confirmer le versement au 22 février 2017. Suite à un échange téléphonique avec l'étude d'avocat mandatée par l'assurée, une confirmation du versement avait été adressée par courriel le 7 juillet 2017. Malgré les échanges intervenus dès le 16 avril 2018 en lien avec la demande de révision, il n'y avait plus eu de mention dudit versement. L'assureur ne pouvait pas prendre contact directement avec l'assurée au vu de la procuration signée en faveur d'un avocat, il n'avait donc commis aucune violation en utilisant un compte bancaire communiqué et confirmé à l'OAI. Il rejetait toute responsabilité sur ce point et refusait dès lors d'entrer en matière. r. Par arrêt du 5 octobre 2021 (ATAS/1034/2021), la chambre de céans a partiellement admis le recours, en ce sens que l'assurée avait droit à un quart de rente d'invalidité de septembre 2016 à décembre 2019. Elle a retenu que le rapport d'expertise réalisé par les médecins du CEMed avait pleine valeur probante s'agissant de la capacité de travail fixée. Il était relevé que l'assurée admettait disposer d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée mais uniquement à compter du 24 octobre 2019. La chambre de céans a considéré que l'assurée n'avait recouvré une capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20% que depuis octobre 2019. Pour la période antérieure, il y avait lieu d'admettre une capacité de travail nulle puis de 50% à compter de juin 2016 sur la base des rapports des Drs K_____, L_____ et M_____ des 10 juin 2016, 9 mai 2017 et 22 juin 2018. S'agissant du taux d'invalidité, l'OAI avait tenu compte à juste titre d'un revenu sans invalidité de CHF 40'800.- (CHF 3'400.- x 12 mois), montant qui correspondait au salaire annoncé par l'employeur, indexé à CHF 42'026.- en 2016. Quant au revenu d'invalidité, il avait été correctement fixé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016 ; tableau TAI, tous secteurs confondus (total), femmes, activités simples et répétitives, niveau 1), soit un montant de CHF 54'581.- (CHF 4'363.-/40 heures x 41,7 heures x 12 mois), réduit à CHF 43'665.- vu la diminution de rendement de 20%. Les

spécificités du dossier ne permettaient pas la prise en compte d'un abattement, en particulier les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans le cadre de la diminution de rendement. s. Par décision du 27 janvier 2022, l'OAI a refusé le droit à la rente car en septembre 2016, date de la survenance de l'invalidité fixée par la chambre de céans, l'assurée ne comptait pas trois années de cotisations. t. Par courrier du 24 mai 2022, SWICA a considéré qu'au vu en particulier du rapport d'expertise du CEMed du 24 octobre 2019, les conditions n'étaient pas réalisées pour réviser la décision du 29 décembre 2016. u. Par décision du 30 août 2022, SWICA a rejeté l'opposition du 21 décembre 2018. Elle pouvait admettre que les conditions de la révision procédurale étaient réunies, mais elle estimait que cela ne permettait pas de revenir sur les conclusions de sa décision du 29 décembre 2016. Au vu du rapport d'expertise du 24 octobre 2019, elle avait à juste titre versé les indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2016. Il n'y avait pas d'atteintes psychiatriques qui avaient conduit à une incapacité durable. L'atteinte neurologique devait par ailleurs être considérée comme asymptomatique, sans conséquences fonctionnelles et sans lien avec l'accident, de sorte qu'une activité à plein temps était possible. La diminution de rendement était liée aux troubles neuropsychologiques qui ne pouvaient pas être évalués pour eux-mêmes. La rente avait été versée à tort au-delà d'octobre 2019 puisque l'OAI avait conclu à l'absence de perte de gain après cette date. En ce qui concernait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle avait été accordée à tort puisqu'il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique. La décision du 29 décembre 2016 était dès lors correcte, voire généreuse au vu des nouveaux éléments. D. a. Par acte du 28 septembre 2022, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition auprès de la chambre de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit constaté l'existence d'un motif de révision de la décision du 29 décembre 2016, à ce que les décisions des 29 décembre 2016 et 30 août 2022 soient annulées et à ce que SWICA soit condamnée au versement des indemnités journalières à 100% du 18 novembre 2012 au 30 juin 2016 et à 50% du 1^{er} juillet 2016 au 31 octobre 2019, au versement d'une rente de 20% dès le 1^{er} novembre 2019, à la prise en charge de tous les frais médicaux en lien avec l'accident et au versement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 25'200.- avec intérêts à 5% l'an. Elle relevait que l'accident avait été particulièrement violent et impressionnant, étant précisé qu'elle était restée incarcérée dans le véhicule alors que les autres passagers l'avaient abandonnée sur place. À l'époque de la notification de la décision du 29 décembre 2016, la recourante rencontrait des difficultés relationnelles avec sa sœur et son mari. Ne souhaitant pas qu'une importante somme d'argent soit remise à sa sœur et ne pouvant pas disposer d'un compte à son propre nom ou trouver une personne de confiance, elle avait décidé que la somme due soit versée sur le compte fiduciaire de son conseil, ce qui avait été signalé par courrier du 26 juin 2017. Elle avait appris suite au courrier de l'assureur du 4 juillet 2021 (sic) que ses prestations avaient été versées sur le compte de sa sœur alors qu'elle n'avait jamais donné son accord ni pour ce versement ni de manière générale, elle avait uniquement accepté que les indemnités journalières de faibles montants soient versées sur le compte de cette dernière. SWICA en était d'ailleurs consciente puisqu'elle avait demandé les coordonnées bancaires utiles pour verser la somme due. L'assurance avait par ailleurs mis plus de quatre mois avant de l'informer du versement sur le compte de sa sœur, ce qui avait laissé le temps à cette dernière de dilapider l'argent. Elle avait cherché en vain à récupérer la somme. Vu les liens familiaux et la crainte de représailles envisageables, elle avait renoncé à toute démarche pénale. Elle prenait note que l'assurance admettait que les conditions d'une révision procédurale étaient remplies. Elle soulignait que le rapport d'expertise médicale du CEMed

et l'analyse de la chambre de céans établissaient qu'elle avait été en incapacité totale de travail de l'accident jusqu'au mois de juin 2016, puis à 50% jusqu'à octobre 2019. Dès octobre 2019, sa capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 20%. SWICA s'étant basé sur cette expertise, elle en reconnaissait la valeur probante, étant relevé qu'elle n'avait pas non plus contesté l'appréciation réalisée par la chambre de céans. C'était donc à tort que SWICA avait pris en compte une incapacité de travail de 50% dès le 22 décembre 2012 puis encore réduit les indemnités journalières à 40% dès le 1^{er} janvier 2016. SWICA devait donc être condamnée à verser des indemnités pleines, sous déduction de la réduction durant la période d'hospitalisation, du 18 novembre 2012 au 31 mai 2016 puis à 50% du 1^{er} juin 2016 au 31 octobre 2019 avec intérêts moratoires, la stabilisation de l'état de santé devant être fixée à octobre 2019. Vu la date de stabilisation, les frais de traitements, y compris psychiatriques, devaient être pris en charge par l'assureur jusqu'à octobre 2019. S'agissant de la rente, à la stabilisation de l'état de santé, il était admis que l'assurée avait une perte de rendement durable de 20%. Or, la rente octroyée à 10% l'avait été en raison d'une perte de rendement de 10%, de sorte qu'il y avait lieu d'adapter la rente et de la fixer à 20%. En ce qui concernait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le taux n'était pas contesté, mais le montant y relatif n'avait pas été perçu par l'assurée, mais par un tiers sans fondement légal ou son accord, de sorte que l'intimée devait être condamnée à lui verser cette somme. b. Invitée à se déterminer, l'intimée a maintenu sa position et conclut au rejet du recours. Elle a repris l'argumentation de la décision sur opposition en développant que l'examen neurologique réalisé dans le cadre de l'expertise au CEMed était sans anomalie significative, de sorte qu'il y avait lieu de retenir une évolution favorable permettant une reprise d'activité professionnelle à plein temps. Il n'y avait donc aucune mesure thérapeutique additionnelle à entreprendre. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait jamais eu d'atteinte conduisant à une incapacité de travail durable. La diminution de rendement était en lien avec les troubles neuropsychologiques. Or, ces derniers devaient être évalués en relation avec les troubles neurologiques selon la jurisprudence, de sorte qu'ils ne pouvaient pas non plus être objectivés en l'espèce. Elle a fait valoir que, dans son rapport du 12 novembre 2014, le Dr D_____, avait estimé que la recourante lui semblait apte à une activité professionnelle à 50%, capacité de travail qui ne pouvait pas être remise en cause en l'absence d'atteinte psychique incapacitante et à défaut d'atteinte neurologique. Le versement des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2016 était dès lors déjà excessif. Par ailleurs, SWICA avait versé à tort une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. S'agissant du versement effectué, à défaut d'autres instructions, il avait été fait aux coordonnées mentionnées initialement par la recourante. Il était précisé que la demande de coordonnées bancaires avait pour but de respecter la lettre c de la procuration. La recourante n'avait transmis les coordonnées de son conseil que fin juin 2017. La demande d'un nouveau versement n'avait été formulée qu'en mai 2021, soit quatre ans plus tard. Quant aux problèmes relationnels avec sa sœur, ils n'étaient invoqués que dans le cadre du mémoire de recours, cinq ans plus tard. Le souhait que seuls de faibles montants puissent être versés sur le compte de la sœur de la recourante était contredit par les faits. Ainsi, le 20 avril 2015, l'intimée avait versé sur ce compte la somme de CHF 9'601.70. Au total, s'agissant des indemnités journalières, la somme de CHF 18'315.15 avait été versée sur ce compte sans aucune remise en question par la recourante. Si elle ne souhaitait pas que l'argent soit versé sur le compte de sa sœur, il lui appartenait de le communiquer à l'intimée au plus tard à l'échéance du délai d'opposition et pas six mois plus tard, sachant qu'à défaut d'opposition, les montants devaient être versés. Elle ne pouvait donc pas être tenue à verser

une seconde fois les montants relatifs au rachat de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ceux-ci ayant été en tout état de cause versés à tort. Aucun intérêt moratoire n'était dû, puisque la somme avait été versée à l'échéance du délai d'opposition. c. Par réplique du 16 janvier 2022, la recourante a contesté la prise en compte du rapport du Dr D_____, lequel ne l'avait vue qu'une seule fois en octobre 2013. Il n'avait jamais indiqué l'existence d'une capacité de travail dès le

E. 22

décembre 2012, étant rappelé que la recourante a été accidentée le 18 novembre 2012 et transférée à Beau-Séjour le 13 décembre 2012. Cet avis était par ailleurs contredit par l'ensemble des autres documents médicaux au dossier, étant rappelé que dans son arrêt du 5 octobre 2021, la chambre de céans avait déjà examiné tous les éléments. La recourante tenait à souligner que l'absence de suivi médical continu était dû à sa situation administrative et aux difficultés à obtenir le remboursement des frais médicaux, notamment psychiatriques. Les troubles neuropsychologiques étaient objectivés par une lésion cérébrale constatée à l'imagerie. S'agissant du versement de février 2017, il était souligné que l'intimée savait être face à une assurée jeune, atteinte dans sa santé, en situation irrégulière qui peinait à assumer son suivi administratif et médical, ce qui était démontré par les échanges avec son conseil. L'intimée était par ailleurs informée que le compte transmis était celui d'un tiers pour l'encaissement des indemnités journalières, soit des petites sommes régulières qui impliquaient un risque minimal d'appropriation et non un montant de plus de CHF 25'000.-. Les coordonnées bancaires avaient été fournies pour le versement d'un type de prestations et non pour toutes les prestations. Il était relevé que l'assurance elle-même avait demandé où verser la somme relative au rachat de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte qu'elle devait impérativement attendre la réponse de l'assurée ou verser l'argent sur le compte fiduciaire de son conseil. L'intimée avait donc agi légèrement sans vérifier l'accord de la recourante. Ni la recourante, ni son conseil ne pouvaient imaginer que la somme serait spontanément versée sur le compte d'un tiers sans confirmation préalable alors qu'il n'y avait aucune urgence. La recourante étant dépassée, vu le temps écoulé, son conseil lui avait alors proposé de faire virer le montant dû sur son compte fiduciaire. SWICA ayant demandé où elle devait verser l'argent, elle s'était également engagée à attendre l'information pour procéder au versement. La recourante n'avait donc pas à communiquer qu'elle réfléchissait, ce d'autant plus que les coordonnées du compte fiduciaire étaient connues de l'intimée. Si SWICA était pressée de verser cette somme, elle pouvait dès lors y effectuer le virement ou adresser un rappel comme par le passé, en indiquant que sans réponse dans un certain délai elle verserait l'argent sur tel compte, ce qui aurait permis à la recourante de s'y opposer. Il était par ailleurs relevé que l'intimée n'avait même pas informé spontanément du virement, ce qui avait permis à la sœur de la recourante de dilapider l'argent. d. Par duplique du 21 février 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions invoquant qu'il appartenait au conseil de la recourante d'informer d'un éventuel changement de compte bancaire sachant dès novembre 2016 qu'une somme d'argent allait être versée. Elle n'avait pas à verser spontanément le montant dû sur le compte fiduciaire à défaut d'instruction en ce sens. e. Par ordonnance du 22 février 2024, la chambre de céans a requis la production par l'OAI du dossier de la recourante. 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). Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Compte tenu du domicile genevois de la recourante, la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario). 4. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident 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. 5. 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. 6. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à ne pas réviser sa décision du 29 décembre 2016, entrée en force, mettant fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2016, octroyant une rente de 10%, rachetée à hauteur de CHF 2'586.-, et fixant à 20% du gain maximal assuré l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par ailleurs, le montant de l'indemnité pour atteinte intégrité ayant été versé sur le compte d'un tiers, il s'agit de déterminer si l'intimée est tenue de verser le montant y relatif à la recourante. 7. 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). 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. 8. 8.1 En vertu de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Cette disposition de la LPGA consacrée à la « révision et reconsidération » s'inscrit dans la thématique de la modification des décisions entrées en force de chose décidée, soit celles qui ne sont plus susceptibles d'un recours ordinaire (Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 1 et 25 ss ad art. 53 LPGA et les références citées). Si la révision procédurale et la reconsidération ont pour point commun de remédier à l'inexactitude initiale d'une décision (« anfängliche tatsächliche Unrichtigkeit » ; cf. Ueli KIESER, Gabriela RIEMER-KAFKA, Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 5^{ème} éd., 2013, p. 140), la révision est la modification d'une décision correcte au moment où elle a été prise, compte tenu des éléments connus à ce moment, mais qui apparaît ensuite dépassée en raison d'un élément nouveau. En revanche, la reconsidération a pour objet la correction d'une décision qui était déjà erronée, dans la constatation des faits ou dans l'application du droit, au moment où elle a été prise (ATAS/1244/2020 du 10 décembre 2020 consid. 7b; ATAS/154/2019 du 25 février 2019 consid. 3b ; ATAS/1163/2014 du 12 novembre 2014 consid. 5c ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd. 2020, n. 20 ad art. 17 LPGA). 8.2 Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévus à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF U 561/06 du 28 mai 2007 consid. 4). 8.3 La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. La révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions: 1° le requérant invoque un ou des faits; 2° ce ou ces faits sont « pertinents », dans le sens d'importants (« erhebliche »), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte; 3° ces faits existaient déjà lorsque la décision a été rendue: il s'agit de pseudo-nova (unechte Noven), c'est-à-dire de faits antérieurs à la décision ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables ; 4° ces faits ont été découverts après coup (nachträglich), soit postérieurement à la décision, ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale ;

5° le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2020 du 14 avril 2020 consid. 3.2). 8.4 En l'espèce, la recourante considère que les conditions d'une révision de la décision du 29 décembre 2016 sont réalisées puisque l'intimée a fixé son droit aux prestations sur la base de rapports d'expertises rendus par la clinique E_____. Elle fonde sa requête en révision sur la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral dans le cadre de l'autorisation d'exploiter selon laquelle les expertises réalisées par cette clinique n'ont pas valeur probante. Elle réclame dès lors la modification de ses droits s'agissant des prestations de courte durée et de la rente. Par ailleurs, le montant relatif à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ayant été versé sur le compte de sa sœur, elle sollicite que la somme y relative lui soit versée directement par l'intimée. Pour sa part, l'intimée considère que même si les conditions pour la révision devaient être réalisées, cela ne permettrait pas de remettre en cause les prestations accordées par décision du 29 décembre 2016. Ayant versé le montant relatif à l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité aux coordonnées bancaires transmises par la recourante, elle considère avoir respecté ses obligations et ne pas être tenue à verser une seconde fois ladite somme. 9. 9.1 Dans son arrêt du 22 décembre 2017 (2C_32/2017), le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du « département expertise » de la clinique E_____ avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existait ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui, au demeurant, facturaient d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité pouvaient avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de l'institution de santé, en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne - responsable médical du « département expertise » - avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le « département expertise » n'était pas contraire au droit (consid. 6 et 7 de l'arrêt cité). Dans un arrêt plus récent du 16 août 2018 (9F_5/2018), le Tribunal fédéral a répété qu'en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b p. 159). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que les manquements constatés au sein du « département expertise » dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique E_____ soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 consid. 7.1) et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution

chargée de l'expertise (voir aussi arrêt 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267 ; 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence ; arrêt 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2). 9.2 En l'espèce, l'expertise rendue le 1^{er} avril 2016 et complétée le 1^{er} septembre 2016 par les médecins de la clinique E_____, sur lesquels s'est fondée l'intimée, a été réalisée à une époque où le responsable médical du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. En conséquence, cette expertise et son complément ne sauraient servir de fondement pour statuer sur le droit de l'assurée aux prestations LAA. Peu importe de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise, voire en a modifié le contenu à l'insu de son auteur, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance aux rapports précités établis sous l'enseigne de la clinique E_____ (cf. arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2). Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du « département expertise » de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, Susanne LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65^{ème} anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438). Il ressort de ce qui précède que l'expertise du 1^{er} avril 2016 et son complément ne sauraient servir de fondement à une décision de l'assureur, dès lors qu'il y a lieu de leur nier toute valeur probante. Il s'agit là sans aucun doute d'un fait nouveau au sens de l'art 53 al. 1 LPGA. Conformément aux principes précités, ce fait nouveau doit en outre être important, c'est-à-dire qu'il doit être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à des conclusions différentes en fonction d'une appréciation juridique correcte. Tel est bien le cas en l'occurrence. À ce stade, il sied de préciser que, par arrêt du 15 janvier 2019 (ATAS/17/2019), la chambre de céans a d'ores et déjà considéré que l'expertise émanant de la clinique E_____ n'avait pas pleine valeur probante au vu de la jurisprudence fédérale rappelée ci-dessus. La chambre de céans constate enfin que l'assurée a déposé sa demande de révision en temps utile, soit dans les trois mois après avoir pris connaissance de la jurisprudence du Tribunal fédéral (art. 67 PA). Aussi, les conditions d'une révision procédurale sont-elles réalisées. Il reste toutefois à examiner si comme l'allègue l'intimée, même si les conditions de la révision sont réalisées, cela n'impliquerait pas une modification des droits de la recourante. 10. 10.1 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). 10.2 Selon l'art. 49 al. 1 à 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations,

créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

10.3 Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 4.2).

10.4 La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision, de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une décision sur opposition mais à celle d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008).

10.5 La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b p. 24 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_377/2009 consid. 4.1). En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive ; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V 145).

10.6 En l'occurrence, la décision du 29 décembre 2016 dont il est demandé la révision établit la fin du droit aux prestations de courte durée en raison de la stabilisation de l'état de santé au 31 octobre 2016, ce qui a conduit à la fixation du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les taux d'incapacité de travail retenus pour fixer l'indemnité journalière du 18 novembre 2012 au 31 octobre 2016 ont été communiqués par correspondances des 20 avril 2015 et 12 avril 2016, sans que la recourante, représentée, ne s'y oppose ou ne sollicite la notification d'une décision formelle avant sa demande de révision. À ce stade, il sied de relever que le rapport d'expertise de la clinique E_____ concluant à une incapacité totale de travail du 18 novembre 2012 au 15 octobre 2014, la recourante disposait d'ores et déjà d'éléments pour contester le taux d'incapacité réduit à 50% appliqué dès fin décembre 2012 par l'intimée. Par ailleurs, la recourante avait également en sa possession le rapport des

HUG du 10 juin 2016, lequel attestait d'une capacité de travail de 50%, élément qui contredisait également les conclusions de l'intimée. La recourante ne s'est toutefois pas opposée aux conclusions de l'intimée avant le dépôt de sa demande de révision d'avril 2018, soit trois ans, respectivement deux ans plus tard. Par conséquent, les taux d'incapacité fixés jusqu'au 31 octobre 2016 sont opposables à la recourante. Le recours doit donc être déclaré irrecevable s'agissant de ce point.

11. 11.1 En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_204/2019 du 12 mai 2020 consid. 6.1). Il faut que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans la période de 72 heures suivant l'accident, mais il n'est en revanche pas nécessaire que les autres troubles caractéristiques du tableau clinique apparaissent dans ce laps de temps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2007 du 17 janvier 2008 consid. 6). Sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation médicale susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, la seule constatation de troubles neuropsychologiques ne suffit pas pour établir la présence d'une atteinte organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2).

11.2 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021

consid. 6.2.1). Lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; également ATF 117 V 359 consid. 6a). Ce nonobstant, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 115 V 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79 ; ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 et les références citées). Le moment auquel peut intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « coup du lapin » correspond à celui auquel l'assureur est en droit de clore le cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, c'est-à-dire dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération (ATF 134 V 109 consid. 3.1). En revanche, en cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, l'examen de la causalité adéquate doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 6.1 ; TF 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5 et les références citées).

11.2.1 Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une contusio cerebri était nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident

(cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 et les arrêts cités; sur la distinction médicale entre TCC léger et contusio cerebri, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

11.2.2 Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a ; ATF 117 V 369 consid. 4b).

11.2.3 Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un TCC – si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un TCC (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (ATF 123 V 98 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 101/05 du 12 avril 2006 consid. 5.2.2), il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

11.2.4 Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021

du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb). 12. L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en oeuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références). 13. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 14. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en

procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 15. 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence). 16. 16.1 Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté ni contestable que l'événement du 18 novembre 2012 répond à la définition légale de l'accident contenue à l'art. 4 LPGA. Suite à cet événement, la recourante a souffert d'un traumatisme crânien cérébral de grade V sévère TCC avec un hématome épidural aigu frontal gauche, des contusions hémorragiques bi-frontales à prédominance à gauche, des contusions parenchymateuses en frontal droit, une fracture crânienne frontale gauche s'étendant aux sinus frontaux, au toit de l'orbite et aux lames papyracées, ainsi que des fractures para-sagittales de l'os sphénoïdal gauche. L'intimée fait désormais valoir qu'elle n'aurait pas dû prendre en charge les troubles neuropsychologiques présentés par la recourante. Cette problématique s'inscrit, en réalité, dans un contexte plus vaste. En effet, il faut rappeler que le droit au traitement médical (art. 10 LAA) comme le droit aux indemnités journalières (art. 16 LAA) cessent lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé (art. 19 al. 1 LAA). Autrement dit, ces deux catégories de prestations prennent fin au même moment, à savoir dès la stabilisation de l'état de santé de la personne assurée. 16.2 Pour rappel, les experts du

CEMed ont développé dans leur rapport du 15 mars 2021 que, sur le plan neurologique, la capacité de travail était pleine au plus tard une année après l'accident. S'agissant du volet psychique, il n'y avait pas eu d'atteinte d'une gravité et d'une durée justifiant une incapacité de travail durable. Enfin, en ce qui concerne les atteintes neuropsychologiques, les experts ont noté une évolution positive entre avril 2016 et leur examen en octobre 2019, ils ont considéré sur cette base qu'une pleine capacité de travail avec réduction de rendement de 20% ne pouvait être prise en compte qu'à compter d'octobre 2019. À ce stade, il sied de relever que la chambre de céans a déjà eu l'occasion de retenir que les conclusions des experts du CEMed remplissaient tous les critères pour se voir reconnaître pleine valeur probante dans son arrêt du 5 octobre 2021 (ATAS/1034/2021), ce que les parties admettent. Dans ce même arrêt, la chambre de céans a retenu que pour la période antérieure, l'incapacité de travail était totale du jour de l'accident à fin mai 2016, dès juin 2016, l'état de santé de la recourante lui permettait une reprise à 50% conformément aux conclusions des Drs K_____, L_____ et M_____. Compte tenu de ce qui précède, l'incapacité de travail qui subsiste au-delà de fin 2013 relève d'atteintes neuropsychologiques. Au vu de la gravité du traumatisme crânien et des importantes lésions découlant de l'accident de novembre 2012, le lien de causalité naturelle doit être admis. Reste à examiner le lien de causalité adéquate. En l'espèce, comme déjà relevé à plusieurs reprises, la recourante a souffert d'un traumatisme crânien grave, ce qui n'est pas contesté. Conformément aux principes rappelés ci-dessus, l'examen de la causalité adéquate doit donc être réalisé sur la base des critères de la jurisprudence relative aux traumatismes crâniens, étant précisé que compte tenu des éléments au dossier il ne peut pas être considéré que la recourante présente des troubles distincts et indépendants du tableau consécutif audit traumatisme. Dans un tel cas, l'examen de la causalité adéquate doit intervenir non pas au moment de la stabilisation des seules atteintes physiques, mais dès la stabilisation de l'ensemble des atteintes entrant en ligne de compte. Il faut donc fixer la date de la stabilisation pour pouvoir se prononcer sur le lien de causalité adéquate. 16.3 Il ressort des éléments au dossier et notamment de l'expertise CEMed du

E. 24

octobre 2019 que la recourante dispose d'une capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20% depuis octobre 2019, auparavant la capacité de travail avait été de 50% depuis juin 2016 et nulle pour la période antérieure, ce qui n'est pas contesté par les parties. Selon les éléments au dossier, il semble que le traitement médical de la recourante après 2016 n'ait pas été régulier. In casu , l'absence de régularité du traitement n'implique pas qu'il n'était pas nécessaire sur le plan médical afin d'améliorer l'état de santé, mais résulte de la précarité financière et administrative de la recourante. En effet, il ressort du rapport des HUG de 2016 qu'un suivi devait être organisé sur le plan psychique. La recourante a par ailleurs eu des consultations sur le plan psychique en 2018. À cela s'ajoute qu'une amélioration a été constatée par les experts du CEMed entre 2016 et octobre 2019, amélioration qui a permis une nette augmentation de la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que c'est en octobre 2019, date fixée par les experts pour fixer la capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20%, que l'état de santé de la recourante doit être considéré comme stabilisé. Il y a donc lieu de se placer en octobre 2019 pour examiner le lien de causalité adéquate au vu des critères rappelés ci-dessus. Vu la violence du choc établi par l'examen du véhicule, la vitesse relativement importante et la haute cinétique de l'accident, il y a lieu de le qualifier de moyen à la limite de l'accident grave. Conformément aux principes jurisprudentiels précités, il sied de

constater que vu les circonstances de l'accident dont il ressort des éléments au dossier que la recourante s'en rappelle, le caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit être admis. Il y a également lieu de retenir la réalisation des critères de gravité des lésions et de l'importance de l'incapacité de travail. En effet, pour rappel, la recourante a subi un polytraumatisme facio-crânien avec contusion hémorragique frontale et fronto-basale gauche, un pneumocrâne, une fracture de l'os frontal gauche, des deux sinus frontaux, du toit de l'orbite, des deux lames papyracées, parasagittale et de l'os sphénoïdal ainsi qu'un hématome épidural frontal gauche qui a nécessité une craniotomie. Les atteintes physiques et psychiques ont conduit à une incapacité totale de travail jusqu'au 31 mai 2016, soit pendant plus de trois ans. S'en est suivie une amélioration de l'état de santé permettant une capacité de travail de 50% à compter de juin 2016, puis à 100% avec diminution de rendement de 20% dès octobre 2019. Compte tenu de ce qui précède, le lien de causalité adéquate entre les troubles neuropsychologiques et l'accident doit également être reconnu. Il en résulte que l'intimée ne pouvait pas mettre fin aux prestations de courte durée au 31 octobre 2016. Elle devra dès lors verser à la recourante des indemnités journalières à 50% du 1^{er} novembre 2016 au 31 octobre 2019, date de la stabilisation de l'état de santé.

Conformément aux principes en la matière, les frais de traitement en lien avec l'accident, y compris les soins sur le plan psychique, devront également être pris en charge par l'intimée jusqu'au 31 octobre 2019.

16.4 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1); seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références). Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu

invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et la référence).

17. 17.1 La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA, selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6; ATF 131 V 362 consid. 2.2).

17.2 S'agissant du revenu sans invalidité, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.4).

17.3 En l'espèce, conformément aux principes précités, l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation du degré d'invalidité réalisée dans le cadre de l'assurance-invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, conformément aux déclarations de l'employeur de la recourante, le salaire s'élevait à CHF 40'800.- en 2012 (3'400 x 12 mois), indexé à 2019 il en résulterait un montant de CHF 42'787.-. Or, selon le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour une femme selon le TA1_tirage_skill_level, soit CHF 4'371.- par mois et CHF 52'452.- par

an en 2018. Ce revenu est de CHF 55'173.- une fois indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2019. Force est de constater que ce revenu dépasse de plus de 5% le salaire avant invalidité établi selon les déclarations de l'employeur. La différence est de l'ordre de 22%. Étant donné que la recourante ne dispose d'aucune formation particulière, qu'elle est de nationalité étrangère, qu'elle a une expérience professionnelle limitée, il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.3), que c'est pour des raisons étrangères à l'invalidité qu'elle réalisait un revenu inférieur à la moyenne et qu'elle ne s'en contentait pas délibérément. Conformément à la jurisprudence, il convient donc de paralléliser les revenus à comparer à concurrence de la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 précité, consid. 4.2), ce qui conduit à un revenu avant invalidité de CHF 52'414.35 (CHF 55'173.- sous déduction de 5% de ce montant). Selon le Tribunal fédéral, des facteurs étrangers à l'invalidité déjà pris en considération lors de la mise en œuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent être pris en compte une seconde fois lors de la déduction pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF non publié 8C_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.3 et les références citées). Au regard de ces principes, le handicap de la recourante ne saurait intervenir derechef dans le cadre d'une réduction du revenu statistique fondée sur les circonstances personnelles et professionnelles. Force est par ailleurs de constater que d'autres facteurs de nature à entraîner un salaire inférieur à la moyenne (absence de formation professionnelle, expérience professionnelle limitée, faible niveau scolaire, français rudimentaire) ont déjà été pris en compte dans la parallélisation du revenu sans invalidité. On s'en tiendra donc pour le revenu d'invalidité au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour une femme selon le TA1_tirage_skill_level, soit CHF 4'371.- par mois et CHF 52'452.- par an en 2018. Ce revenu est de CHF 55'173.- une fois indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2019. Compte tenu de la diminution de rendement de 20%, le revenu d'invalidité s'élève à CHF 44'138.40. Il en résulte une perte de gain de 15.79%, arrondi à 16%, le recours sera donc admis partiellement sur ce point.

18. 18.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ;

ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3). Selon la jurisprudence, il y a abus de droit manifeste, prohibé par l'art. 2 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), lorsqu'une personne use de son droit sans ménagement ou de manière inutilement rigoureuse (ATF 135 III 162), notamment lorsqu'elle choisit, sans raison objective, parmi plusieurs solutions équivalentes, celle qui est la plus nuisible à l'autre partie (ATF 131 III 459 consid. 5.2). Parmi les cas typiques d'abus de droit manifeste au sens de l'art. 2 al. 2 CC figurent l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 129 III 493 consid. 5.1).

18.2 L'intimée considère que le taux d'atteinte à l'intégrité fixé à 20% par la décision de décembre 2016 était erroné. De son point de vue, elle n'aurait dû octroyer aucun montant à ce titre à défaut d'atteinte neurologique. La recourante pour sa part ne conteste pas le taux fixé, mais demande à ce qu'il lui soit versé, le montant initial ayant été réglé sur le compte de sa sœur qui ne lui a jamais remis l'argent. Comme démontré précédemment, les troubles neuropsychologiques étant en lien de causalité naturelle et adéquate, la recourante avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur le taux fixé, mais il y a lieu de déterminer si l'intimée est tenue de verser une seconde fois la somme y relative. Il ressort du dossier qu'effectivement la recourante a donné les coordonnées de sa sœur en lien avec le versement d'indemnités journalières en 2014, en précisant que la première tranche devait être versé sur le compte fiduciaire de l'étude de son conseil. Il en résulte dès lors que le versement sur le compte fiduciaire était exceptionnel. Dans son courrier de 2014, la recourante n'a pas limité aux seules indemnités journalières l'utilisation du compte de sa sœur. Par la suite, la recourante a continué à percevoir les prestations de la SWICA sur le compte de sa sœur sans qu'elle modifie les instructions de paiement ou qu'elle fasse part du moindre problème de perception. En mars 2016, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, dont elle a transmis copie à l'intimée. Dans celle-ci, la recourante a de nouveau communiqué les coordonnées de sa sœur. Fin 2016, soit par courrier du 7 novembre 2016, l'intimée a fait part des résultats de son analyse et sollicité que la recourante lui transmette les coordonnées bancaires pour versement, cette demande ayant été réitérée dans le cadre de la décision du 29 décembre 2016. Par l'intermédiaire de son conseil, la recourante a sollicité une prolongation de délai le 27 décembre 2016, indiquant uniquement attendre des renseignements médicaux. Dans cet envoi, elle n'a pas mentionné de coordonnées bancaires ou fait d'allusions quant à de nouvelles instructions de paiement alors que des prestations étaient reconnues et devaient être versées. Or, elle indique dans son mémoire de recours qu'à cette époque elle rencontrait des difficultés relationnelles avec sa sœur, de sorte qu'elle ne voulait pas que cette dernière perçoive les prestations qui lui étaient dues. Il est donc étonnant qu'elle n'ait pas saisi l'occasion de ce courrier pour modifier les instructions de paiement ou du moins avertir l'intimée de la situation. La recourante, représentée, consciente que l'intimée devait lui verser des prestations et que cette dernière disposait des coordonnées bancaires de sa sœur transmises par ses soins n'a demandé le versement des montants dus sur le compte fiduciaire de son conseil que le 26 juin 2017, soit plusieurs mois après la décision. Le 4 juillet 2017, l'intimée lui a répondu avoir versé les sommes dues aux coordonnées bancaires de sa sœur le 22 février 2017. La recourante n'a plus fait de mention de ce versement, encore moins de problème quant à la perception de la somme pendant les mois et années suivants. Il faudra attendre le 31 mai 2021, soit environ quatre ans, pour que la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, fasse valoir que l'intimée n'avait pas été

libérée de ses obligations en versant les sommes dues sur le compte de sa sœur car elle n'avait pas réussi à récupérer l'argent. Au vu de ce qui précède, il apparaît que la recourante ne pouvait pas partir du principe que l'intimée attendrait la transmission d'éventuelles instructions de paiement avant de verser les sommes dues alors que depuis 2014 elle versait sans la moindre remarque ou limitation les montants sur le compte de sa sœur et qu'elle ignorait l'existence d'un éventuel conflit. Par ailleurs, comme le relève l'intimée, des sommes conséquentes ont été versées sur le compte de la sœur de la recourante sans que celle-ci ne réagisse ou fasse part de limitations quant à l'utilisation desdites coordonnées bancaires. Dans sa demande de prestations de 2016, la recourante a de nouveau communiqué les coordonnées de sa sœur. À cela s'ajoute que la recourante n'a pas informé l'intimée d'une problématique de perception des montants dus, et ce pendant quatre ans, avant de lui réclamer soudainement un nouveau versement des prestations car elle n'était pas arrivée à percevoir les sommes dues et qu'elle avait renoncé à entreprendre des démarches contre sa sœur, privant ainsi du même coup l'intimée de tout moyen légal envers cette dernière par l'écoulement du temps. Ce comportement est incompréhensible. En effet, la recourante allègue avoir nécessité plusieurs mois avant de se décider à faire verser les montants dus sur le compte fiduciaire de son conseil, ce qui expliquait le courrier intervenu seulement en juin 2017. Si elle n'arrivait pas à récupérer l'argent, elle aurait dès lors dû en informer immédiatement l'intimée en 2017 déjà. Cette attitude est d'autant plus surprenante que dès 2018, la recourante était en contact avec l'intimée par l'intermédiaire de son conseil pour solliciter une révision procédurale sans que cette problématique ne soit abordée avant fin mai 2021. Enfin, il sied de relever que la recourante n'a pas fourni le moindre élément permettant de confirmer qu'elle n'a pas reçu la somme versée sur le compte de sa sœur ou ses éventuelles démarches. Au vu de ce qui précède, le comportement de la recourante, à la limite de l'abus de droit, ne saurait conduire à condamner l'intimée à verser des prestations dont elle s'est déjà acquittée. Le recours sera donc rejeté sur ce point. 19. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, les décisions des

E. 29

décembre 2016 et 30 août 2022 annulées et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants. La recourante, représentée par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 3'000.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPG a contrario). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :