

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2212/2010

ATAS/215/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 22 février 2011

2ème Chambre

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Châtelaine, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES, sise avenue Perdtemps 23,
1260 Nyon

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée ou la recoursante), née en 1946, est employée de la société X _____ SA, sise à Genève, à raison de 20 heures par semaine, soit pour un taux d'occupation de 50 %. A ce titre, elle est assurée pour les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la GENERALI Assurances (ci-après l'assurance ou l'intimée). Il est précisé que l'administrateur de la société X _____ SA est Monsieur C _____, époux de l'assurée.
2. Le 19 décembre 2004, l'assurée a été victime d'un accident de circulation à Varsovie (Pologne). Selon la déclaration d'accident du 22 décembre 2004, elle était assise à l'arrière d'un taxi et un choc s'est produit avec un autre véhicule. Elle a perdu connaissance et a dû être désincarcérée de la voiture.
3. Rapatriée en Suisse, l'assurée a été opérée de l'épaule gauche (réduction et ostéosuture) le 6 janvier 2005 par le Dr L _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son compte-rendu opératoire du même jour, le Dr L _____ expose, sur le plan de l'anamnèse pré-opératoire, que l'assurée a été victime d'un accident de circulation le 19 décembre 2004 (choc latéral alors qu'elle était passagère à l'arrière d'un taxi). Elle a subi des fractures des côtes en série, de 1 à 6, à gauche, avec volet costal, un traumatisme crânien et une luxation acromio-claviculaire de stade IV. Suite à son rapatriement à Genève le 4 janvier 2005, il a été constaté une bonne évolution du traumatisme crânien et des fonctions pulmonaires. Une luxation postérieure complète de la clavicule persistait toutefois, avec une impotence de l'élévation du bras gauche. Il n'y avait en revanche pas de problèmes neurologiques.
4. Dans un rapport du 24 janvier 2005, le Dr M _____, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics de status après accident du 19 décembre 2004 avec traumatisme crânio-cérébral (TCC), fractures costales compliquées d'un volet costal et pneumothorax, status après réduction et ostéosuture d'une luxation stade IV acromio-claviculaire gauche le 6 janvier 2005, troubles neuropsychologiques post-TCC et trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse. Ce médecin précise que le traitement consiste en des séances d'ergothérapie et de physiothérapie, en des examens neuropsychologiques et soutien psychiatrique, associés à une médication antalgique et psychotrope.
5. Par rapport du 15 avril 2005, le Dr N _____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique avec troubles neuropsychologiques de la lignée frontale.
6. Le 1^{er} juin 2005, l'employeur de l'assurée a déclaré un nouvel accident survenu le 26 mai 2005. L'assurée a glissé et est tombée sur l'escalier de la terrasse. Elle a été blessée à la cheville et au péroné.

7. Selon un rapport du 9 juin 2005 de la Dresse O_____, spécialiste en radiologie, le diagnostic est une fracture de la malléole externe et de la margelle postérieure du tibia gauche.
8. Le Dr P_____, spécialiste en médecine interne, a posé le diagnostic de fracture de la malléole et de la cheville gauche dans un rapport du 12 juin 2005.
9. Dans un rapport du mois de juin 2005, le Dr N_____ a rappelé les diagnostics de déficit cognitif et de troubles neuropsychologiques post-traumatiques, de status après réduction acromio-claviculaire gauche et de status après pneumothorax et volet costal gauche. Sur le plan subjectif, l'état de santé de l'assurée s'améliore, mais il persiste des troubles de l'attention, de la mémoire, de la fatigue et des éléments de stress post-traumatique. Sur le pan objectif, ce médecin a objectivé des déficits neuropsychologiques.
10. Par rapport du 20 juillet 2005, le Dr Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de disjonction acromio-claviculaire de l'épaule gauche.

Une intervention chirurgicale consistant en une réduction et fixation de la disjonction a été pratiquée par ce médecin le 7 septembre 2005.

11. Suite à la dernière intervention, le Dr Q_____ a relevé, dans un rapport du 25 janvier 2006, une sensible amélioration de l'état de l'assurée au niveau de l'épaule, avec des douleurs résiduelles et une mobilité diminuée d'environ 50 % dans tous les secteurs. Les séances de physiothérapie doivent se poursuivre, une ablation du matériel de son épaule gauche étant prévue en même temps que le traitement de la lésion méniscale du genou gauche constatée par IRM de novembre 2005.
12. Dans un rapport du 5 avril 2006, le Dr Q_____ a relevé que l'assurée souffre de douleurs de l'épaule liées à la plaque et d'une lésion du ménisque interne du genou gauche. L'évolution était stationnaire, une intervention étant prévue le 12 avril 2006.

A cette date, ce médecin a pratiqué une nouvelle intervention, consistant en une ablation du matériel de l'épaule gauche et une méniscectomie interne et chondrectomie sous arthroscopie du genou gauche.

13. L'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 8 au 28 mai 2006. Selon rapport du 9 juin 2006 établi par le Dr R_____, spécialiste en endocrinologie et en diabétologie, et la Dresse S_____, spécialiste en médecine interne, le diagnostic principal est un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F 33.21). Les médecins retiennent,

comme comorbidités, un stress post-traumatique, une surcharge pondérale et une allergie au caoutchouc.

14. Dans son rapport du 11 juillet 2006, le Dr Q _____ s'est référé à ses précédents rapports s'agissant des diagnostics et de l'anamnèse. Sur le plan subjectif, il y a une amélioration des douleurs de l'épaule gauche. Sur le plan objectif, ce médecin constate, après ablation de la plaque acromio-claviculaire de l'épaule gauche, une persistance d'une petite disjonction sterno-claviculaire avec voussure qui se résorbe. Le pronostic est favorable.
15. Dans un rapport du 31 août 2006, la Dresse T _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé des symptômes de la lignée dépressive et de stress post-traumatique. La capacité de travail est nulle dès le 26 juin 2006.
16. Selon rapport médical du Dr Q _____, non daté mais qui semble avoir été établi après la dernière consultation du 2 octobre 2006, les diagnostics sont des douleurs du genou gauche en relation avec une atteinte cartilagineuse du compartiment interne. Sur le plan subjectif, les douleurs persistent et sont très invalidantes à la marche et dans les escaliers. Sur le plan objectif, le médecin constate une hydarthrose modérée et un point douloureux méniscal interne. A la question de savoir si des circonstances sans rapport avec l'accident jouent un rôle dans l'évolution du cas, le Dr Q _____ répond par l'affirmative. Il s'agit du problème d'intrication entre les lésions cartilagineuses et méniscales.
17. L'assurance a mis en œuvre, le 21 novembre 2006, une expertise médicale pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et orthopédique) auprès du Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après le CEMED).
18. Dans un constat du 8 février 2007, le Docteur U _____, spécialiste en médecine générale, a relevé une mobilité diminuée de la colonne cervicale et de l'épaule gauche, ainsi que des contractures généralisées.
19. Le 14 février 2007, l'assurée a subi une nouvelle ménisectomie et chondrectomie effectuée par le Dr Q _____, en raison de la lésion du ménisque interne et cartilagineuse du genou gauche.
20. La Dresse V _____, spécialiste en radiologie, a pratiqué une IRM du genou gauche le 24 janvier 2007. Elle conclut à une impression d'atténuation de l'interligne fémoro-tibial avec chondropathie de degré II-III du condyle fémoral interne, à un foyer d'œdème des deux versants (altérations dégénératives débutantes?) et à des altérations de grade II marquée des ménisques avec lésion de grade II-III de la corne postérieure du ménisque interne.
21. Le CEMED a rendu son rapport le 26 mars 2007. L'expertise a été effectuée par le Dr W _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr A _____,

spécialiste en neurologie, le Dr B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Madame D_____, spécialiste en neuropsychologie.

Les experts ont retenu les diagnostics suivants:

- a) Luxation acromio-claviculaire gauche stade IV;
- b) Fractures des côtes 1-6 en série à gauche, avec hémopneumothorax;
- c) Fracture de la cheville gauche type Weber B, avec fracture de la malléole postérieure;
- d) Déchirure du ménisque interne du genou gauche;
- e) Chondropathie de grade I du condyle fémoral interne du genou gauche;
- f) Cervicarthrose débutante prédominant en C5-C6 et C6-C7;
- g) Status après traumatisme crânio-cérébral mineur avec syndrome post-commotionnel et troubles neuropsychologiques persistants.
- h) Trouble organique de la personnalité (ICD-10 F07.0).

Selon les experts, les diagnostics a) et b) sont en relation de causalité certaine avec l'accident du 19 décembre 2004. Le diagnostic c) est en relation de causalité certaine avec l'accident du 26 mai 2005. Le diagnostic d) est en relation de causalité très vraisemblable avec l'accident du 26 mai 2005. En effet, l'assurée n'a pas ressenti des douleurs au genou gauche après cet accident, mais celles-ci sont apparues rapidement dès qu'elle a stoppé les cannes qu'elle utilisait pour la fracture de la cheville. La lésion du genou a parfaitement pu passer inaperçue jusqu'alors. Le diagnostic e) est en relation de causalité possible avec l'accident du 26 mai 2005, la lésion étant plus probablement dégénérative et antérieure à l'accident. Le diagnostic f) n'est pas en relation de causalité avec les accidents précités. Quant aux diagnostics g) et h), la causalité est incertaine.

Sur le plan orthopédique, les experts relèvent qu'il n'y aura plus de statu quo ante. Quant au statu quo sine, il ne sera jamais atteint au niveau de l'articulation AC gauche. Des troubles dégénératifs sont possibles à moyen terme. Au niveau du genou gauche, il est difficile de se prononcer sur un éventuel statu quo sine, une nouvelle intervention étant prévue. L'évaluation arthroscopique des lésions permettra de mieux juger d'un lien de causalité entre les plaintes actuelles et les accidents. Enfin, le statu quo sine est atteint au niveau de la cheville gauche, si ce n'est la persistance d'une discrète raideur qui ne devrait pas entraîner de péjoration dans les années à venir.

Sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, la capacité de travail est nulle. Toutefois, elle est entière sur le plan orthopédique et neurologique, dans la profession antérieure.

La situation n'est sans doute pas stabilisée sur le plan des performances neuropsychologiques de l'assurée, mais le pronostic apparaît très défavorable au vu de l'importance des signes et symptômes deux ans après l'accident. Tant les troubles de la personnalité (instabilité de l'humeur, anxiété, incapacité à s'organiser, irritabilité) que les troubles neuropsychologiques rendent impossible d'envisager une reprise même partielle du travail. L'assurée est déjà incapable d'assurer sans l'aide et la surveillance constante de son entourage les actes les plus simples de la tenue de son ménage.

Pour l'épaule et la cheville gauche, le traitement est terminé. Une arthroscopie du genou gauche est prévue dans les semaines suivant l'expertise. Sur le plan psychiatrique, l'assurée est suivie d'une façon qui paraît adéquate, et les manifestations anxieuses et dépressives semblent avoir régressé. Il n'y a pas de traitement à envisager sur le plan neurologique. Au niveau neuropsychologique, une prise en charge est indiquée.

Enfin, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité du point de vue de la cheville gauche. Au niveau de l'épaule gauche, l'atteinte est de 7 %. S'agissant du genou gauche, une nouvelle arthroscopie est prévue, de sorte qu'il n'est pas possible de fixer un degré d'atteinte en l'état. Sur le plan purement neurologique, il n'y a pas d'atteinte significative, cette dernière étant liée aux éléments psychiques et neuropsychologiques proprement dits. Sur le plan psychique et neuropsychologique, la situation n'est pas encore suffisamment stabilisée pour que l'atteinte puisse être déterminée.

22. Une IRM du genou gauche réalisée le 29 novembre 2007 par la Dresse V_____ a révélé un épanchement intra-articulaire avec plica synoviale, une rotule en position normale démontrant de discrètes altérations dégénératives fémoro-patellaires, des altérations dégénératives fémoro-tibiales internes avec foyer lésionnel ostéo-chondral du versant condylien, une fine lésion de grade III de la corne postérieure ménisque externe et une lésion de grade III complexe de la corne postérieure du ménisque interne, s'étendant au bord libre de la portion latérale.
23. En date du 24 octobre 2008, l'assurée a eu un nouvel accident, déclaré par son employeur le 12 novembre 2008. Elle a glissé en bas des escaliers de la sortie de l'immeuble. Son genou gauche a alors subi une torsion.
24. Dans un rapport du 13 novembre 2008, le Dr Q_____ a rappelé le diagnostic de lésion méniscale et cartilagineuse du genou gauche. Ce médecin a pratiqué une méniscectomie, une chondrectomie et un nettoyage articulaire du genou gauche le 17 novembre 2008.

25. Dans un avis du 21 novembre 2008, le Dr Q_____ a rappelé l'anamnèse de l'assurée eu égard à ses douleurs du genou gauche et des lombalgies. Ainsi, en octobre 2006, elle était toujours gênée par des douleurs du genou gauche et des lombalgies. Il a alors décidé de pratiquer des injections dans le genou gauche qui ont été efficaces jusqu'à fin janvier 2007. L'IRM montrait alors une aggravation des lésions tant cartilagineuses que sur le ménisque restant. Une arthroscopie, de nouvelles injections et un amaigrissement dirigé par une diététicienne ont été mises en place. Les douleurs avaient diminué, mais une instabilité du genou persistait en décembre 2007 en raison d'une amyotrophie ayant décompensé une subluxation dynamique de la rotule. La physiothérapie à l'époque avait permis de contrôler relativement bien le problème et la situation était correcte jusqu'en octobre 2008 où des douleurs du genou gauche sont réapparues après un mouvement de torsion. Une nouvelle IRM a montré de nouvelles lésions cartilagineuses et méniscales, obligeant à une nouvelle arthroscopie avec chondrectomie et nettoyage articulaire, l'âge ne permettant pas l'indication de prothèse du genou.
26. En date du 30 décembre 2008, l'assurance a mandaté la Clinique CORELA pour effectuer une nouvelle expertise pluridisciplinaire.
27. La Clinique CORELA a rendu son rapport le 19 février 2009. L'expertise a été effectuée par la Dresse E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par le Dr F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et par Madame G_____, spécialiste en neuropsychologie.

Les experts ont retenu, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome post-commotionnel (F07.2) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une gonarthrose gauche depuis septembre 2005, un status après luxation acromio-claviculaire stade IV à gauche depuis décembre 2004, un status après fractures multiples de côtes depuis décembre 2004, un status après fracture de la malléole externe gauche depuis mai 2005 et un status après ancien syndrome de stress post-traumatique (depuis le printemps 2005), actuellement au décours.

Sur le plan orthopédique, la luxation acromio-claviculaire gauche, les fractures des côtes et le traumatisme cranio-cérébral ont un lien de causalité naturelle certain avec l'accident de décembre 2004. La fracture de la malléole externe gauche a un lien de causalité certain avec l'accident de mai 2005. La gonarthrose n'a qu'un lien de causalité possible avec les accidents de 2004, 2005 et 2008. La cervicarthrose n'a aucun lien de causalité avec ces trois accidents. Les troubles neuropsychologiques sont la conséquence directe de l'accident de décembre 2004. Sur le plan psychiatrique, d'un point de vue purement théorique, la présence d'un trouble dépressif récurrent n'est pas forcément en lien avec un événement traumatique. Toutefois, le rapport de causalité avec l'accident de 2004 est hautement

vraisemblable, en l'absence de tout antécédent psychiatrique auparavant. Le syndrome post-commotionnel est par définition en lien de causalité direct avec l'accident de décembre 2004.

Sur le plan orthopédique, selon l'évolution, une arthroplastie du genou pourra s'avérer nécessaire. Par ailleurs, une prise en charge neuropsychologique ciblée sur ses plaintes pourrait aider l'assurée à pallier certaines de ses difficultés, notamment en lui permettant de mieux gérer les activités de la vie quotidienne. La durée du traitement est toujours difficile à apprécier, mais est probablement de l'ordre de six mois. Enfin, sur le plan psychiatrique, certains symptômes actuels pourraient être en lien avec un trouble de l'humeur qui peut être qualifié de trouble dépressif récurrent, épisode moyen en cours. Une prise en charge psychiatrique spécialisée ainsi qu'un traitement antidépresseur serait bénéfique, de même qu'une thérapie de type interpersonnel de la dépression. Sur le plan orthopédique, et concernant les lésions où la causalité naturelle est admise, le traitement médical peut être considéré comme terminé au 31 mai 2006, soit six semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'épaule gauche. Concernant la fracture de la cheville gauche (accident de mai 2005), le traitement peut être considéré comme terminé au 31 octobre 2005. Sur le plan psychiatrique et neurocognitif, le traitement ne peut en l'état être considéré comme terminé.

Sur le plan orthopédique, il n'y a plus d'incapacité de travail depuis le 1^{er} juin 2006 en ce qui concerne les accidents de 2004 et 2005. Sur le plan neuropsychologique, l'incapacité de travail dans l'activité exercée est toujours de 100 %. Sur le plan strictement psychiatrique, l'incapacité actuelle est de l'ordre de 50 % pour un plein temps, mais il faut tenir compte également des troubles cognitifs qui rendent pratiquement impossible une reprise professionnelle. En raison des troubles essentiellement cognitifs, une autre activité professionnelle que celle exercée par l'assurée n'est pas envisageable dans l'immédiat, des mesures thérapeutiques devant d'abord être instaurées, puis la situation réévaluée dans six à huit mois.

Enfin, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité sur le plan orthopédique. Au niveau psychologique et neuropsychologique, la situation n'est pas encore stabilisée et une éventuelle atteinte à l'intégrité doit être réévaluée après mise en place des traitements préconisés, soit dans un délai de six à huit mois après ces mesures.

28. Le 24 mars 2009, l'assurance a notifié une décision à l'assurée. Celle-là met un terme aux prestations pour l'accident du 24 octobre 2008, dès lors que le diagnostic de gonarthrose n'est pas en lien de causalité probable avec l'accident. Il en va de même des prestations en rapport avec le diagnostic de cervicarthrose. S'agissant du traitement médical, l'assurance met un terme à ses prestations pour les lésions à la cheville et à l'épaule gauche, compte tenu du fait que les traitements médicaux peuvent être considérés comme terminés à la date de la décision. Toutefois, l'assurance garantit la prise en charge psychiatrique spécialisée avec anti-dépresseur

et psychothérapie de type interpersonnel, associée à une prise en charge neuropsychologique ciblée sur les plaintes. L'assurée est invitée à mettre en œuvre à bref délai les mesures décrites dans l'expertise médicale. Par ailleurs, le droit aux indemnités journalières est nié sur le plan orthopédique, mais admis sous l'angle psychiatrique et neuropsychologique. Enfin, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité est nié sur le plan orthopédique. Sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, ce droit sera examiné dans un délai de six à huit mois après la mise en place des mesures préconisées.

29. Le 24 avril 2009, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, concluant à son annulation. Selon elle, la causalité entre les lésions du genou gauche et cervicales, et entre les accidents de 2004, 2005 et 2008, est donnée. En effet, selon le Dr Q _____, la lésion méniscale du genou gauche est en relation de causalité directe avec l'accident du 24 octobre 2008. Les traitements de l'épaule ne sont pas terminés au 31 mai 2006, dès lors qu'elle a consulté le 11 juillet 2006 pour des douleurs et qu'il y a eu des soins subséquents. De plus, en date du 8 février 2007, il faut relever que la mobilité de l'épaule gauche est réduite. Il en découle que les traitements médicaux ne peuvent être terminés, de même qu'elle a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
30. Dans un rapport complémentaire du 13 juillet 2009, le Dr F _____ a précisé qu'en ce qui concerne le genou gauche, le seul examen dont il a disposé est l'IRM réalisée le 7 novembre 2005, laquelle révélait une déchirure méniscale et un kyste sous-chondral du plateau tibial interne. L'aspect du ménisque n'est pas celui d'un ménisque dégénératif. Par contre, il est noté un discret pincement articulaire associé à un kyste sous chondral du plateau tibial interne. Il y a donc des signes de gonarthrose débutante compatible avec l'âge de l'assurée. En ce qui concerne l'IRM effectuée suite à l'accident du 24 octobre 2008, l'expert ne dispose pas d'image. Ceci dit, la première intervention a été pratiquée le 7 novembre 2005, en raison de douleurs apparues environ deux mois plus tôt. Lors de cette arthroscopie, il est constaté une lésion du ménisque ainsi qu'une chondrite de condyle interne en surface portante. Il sera donc retenu une lésion du ménisque interne dont l'origine reste peu claire et dont le lien de causalité avec l'accident de mai 2005 n'est que possible (< 50 %). Lors d'une seconde arthroscopie effectuée le 14 février 2007, il est observé des lésions cartilagineuses de condyle interne avec des lambeaux à la partie antérieure et une perte de substance cartilagineuse d'environ 1.5 cm². Lors d'une troisième arthroscopie pratiquée le 17 novembre 2008, le Dr Q _____ a observé des lambeaux cartilagineux du condyle interne avec une mise à nu du condyle en surface portante et une chondrite importante. L'os sous-chondral n'est pas à nu au niveau du plateau tibial interne. Il s'agit donc bien de troubles dégénératifs secondaires à la première arthroscopie. En substance, le Dr F _____ constate que les douleurs ont été déclarées pour la première fois en septembre 2005, suite au port d'une botte plâtrée pendant six semaines en raison de la fracture de cheville survenue le 26 mai 2005. Rien ne permet de penser que les

troubles constatés sur l'IRM du 7 novembre 2005 soient consécutifs de manière vraisemblable avec l'accident de mai 2005, compte du délai entre celui-ci et la survenance des douleurs en septembre 2005.

31. Par pli du 25 janvier 2010, le Dr Q_____ a indiqué à l'assurance que la dernière prescription de physiothérapie concernant les problèmes d'épaule gauche a eu lieu le 31 mai 2006, consistant en 9 séances sur environ 6 semaines. Ce médecin a également transmis un rapport d'IRM du genou gauche effectuée le 31 octobre 2008, dont les conclusions sont les suivantes: gonarthrose tricompartmentale prédominant sur le versant fémorotibial interne avec érosion chondrale et amincissement cartilagineux ; œdème de surcharge mécanique fémorocondylien associé ; ostéphytose marginale condylienne prédominante ; intégrité ligamentaire ; fissure longitudinale intéressant la surface articulaire inférieure du ménisque externe au niveau également de sa corne postérieure ; pas d'ostéochondromatose secondaire mise en évidence ou de corps étranger intra-articulaire ; épanchement intra-articulaire avec plica synovialis pour mémoire ; chondropathie rotulienne externe avec subdysplasie rotulienne de grade III.
32. Le 27 janvier 2010, l'assurance a transmis à la Clinique CORELA le rapport d'IRM effectuée le 31 octobre 2008. Elle demande aux experts de se déterminer quant aux contestations de l'assurée.
33. Dans son rapport complémentaire du 25 mars 2010, le Dr F_____ expose que l'examen du rapport IRM précité ne modifie en rien son appréciation. En effet, lors de l'expertise du CEMED du mois de mars 2007, il avait été retenu que la lésion méniscale gauche était très vraisemblablement due à l'accident en raison de l'apparition des douleurs après l'utilisation de cannes et le port d'une botte plâtrée. Toutefois, le CEMED ne s'est pas prononcé sur la causalité entre les troubles du genou gauche présentés au moment de l'expertise, la causalité devant être jugée en fonction de l'évaluation des lésions arthroscopiques, la seconde opération ayant eu lieu le 14 février 2007, soit après l'évaluation médicale. L'expert expose que les ménisques peuvent, de manière inconstante, évoluer vers une dégénérescence intra-méniscale ou périphérique à partir de la quarantaine. Cette dernière favorise alors une lésion en raison d'une force dont l'intensité est plus petite que sur un ménisque non dégénératif. Des douleurs peuvent également apparaître sans traumatisme. Des franges et des déchirures apparaissent, et peuvent engendrer une arthrose compartmentale ultérieure. Dans le cas de l'assurée, l'aspect du ménisque interne le 7 novembre 2005 n'est pas dégénératif mais des signes de gonarthroses débutantes sont présents. L'IRM a noté une image compatible avec une fissure de la corne postérieure mais cette image n'est visible que sur une seule coupe, le ménisque interne gauche dans sa partie postérieure présentant un aspect inhomogène, donc probablement dégénératif. Sur les images IRM fournies, le Dr F_____ note surtout un discret pincement articulaire associé à un kyste sous chondral du plateau tibial interne, compatible avec une gonarthrose débutante. Il ne retient donc pas de

déchirure, une seule image n'étant pas déterminante. À ce sujet, l'expert ajoute que la première arthroscopie réalisée le 12 avril 2006 mentionne de multiples fentes sur le bord libre du ménisque interne de la partie moyenne jusqu'à la corne postérieure et une chondrite stade II du condyle interne. Le cartilage est instable, les érosions et fissures sont des éléments initiaux d'une modification dégénérative. Ainsi, l'image de fissure de la corne postérieure n'est qu'une supposition non étayée lors de l'opération puisque cette fissure n'est pas retrouvée. On retrouve à l'examen tout au plus des fentes s'étendant de la face externe du ménisque interne jusqu'à la fin du ménisque, ce qui correspond aux lambeaux dégénératifs susmentionnés et non à une éventuelle confirmation d'une lésion traumatique mise en évidence par l'IRM. Le port de la botte plâtrée a vraisemblablement décompensé une gonarthrose asymptomatique en la rendant symptomatique, mais l'accident ne peut avoir créé une lésion méniscale non claire sur l'IRM avec un critère de vraisemblance prépondérante. Dans ce sens, le Dr F _____ ne peut pas suivre la position du CEMED qui retenait une causalité à raison du délai d'apparition. Il maintient qu'il s'agit d'une gonarthrose devenue douloureuse après un événement de fracture de cheville et utilisation de cannes anglaises pour la marche. En outre, s'il arrive qu'un traumatisme en hyper-flexion chez une patiente présentant un excès pondéral puisse tout à fait expliquer une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne par écrasement et probable cisaillement, les douleurs au genou apparaissent immédiatement, et non six semaines plus tard. Le mécanisme de chute n'a jamais été décrit, et rien ne prouve qu'une hyper-flexion soit intervenue lors de la chute. Les lésions mises en évidence lors de la seconde opération sont des lésions cartilagineuses du condyle interne avec des lambeaux à la partie antérieure, une perte de substance cartilagineuse d'environ 1.5 cm², une mise à nu du condyle en surface portante et une chondrite importante. Il s'agit bel et bien de la suite de troubles dégénératifs. L'IRM réalisée le 31 octobre 2008 illustre parfaitement l'inéluctable évolution de l'arthrose vers l'aggravation. Celle-ci étant préexistante à l'accident, elle ne peut absolument pas être mise en relation de causalité avec lui. Vu l'état du genou, la fissure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne relatée dans le rapport du mois d'octobre 2008 est classique d'une détérioration en relation avec la chondropathie rotulienne de grade III, la gonarthrose tricompartmentale et l'amincissement du cartilage. Une fissure longitudinale intéressant la face articulaire inférieure du ménisque externe est également apparue au niveau de sa corne postérieure. Avec le temps, l'état va s'aggraver et l'assurée devra probablement être opérée avec prothèse. Il s'agit des suites normales de l'évolution d'une maladie arthrosique.

En ce qui concerne le traitement de l'épaule, le Dr F _____ expose que la fin du traitement a été fixée au 31 mai 2006, soit six semaines après l'ablation du matériel opératoire, le dernier rapport médical du 11 juillet 2006 faisant état d'amélioration des douleurs, sans mention de la poursuite d'un traitement médical. Si le Dr Q _____ a encore prescrit 9 séances de physiothérapie et que ces

séances ont été effectuées dans les six semaines suivantes, la fin du traitement peut être admise à l'issue de ces séances.

Enfin, s'agissant de la question de l'atteinte à l'intégrité pour l'épaule gauche, elle a été étudiée avec soin dans le cadre de l'expertise, cette lésion n'ouvrant pas droit à une indemnisation. Il est rappelé que les troubles résiduels ont été jugés sans importance.

34. Dans un rapport complémentaire du 3 mai 2010, le Dr F _____ maintient ses conclusions précédentes.

Il ajoute que l'accident du 22 décembre 2004 n'intéresse pas le genou gauche. Lors du second événement du 26 mai 2005, l'assurée a glissé sur une terrasse, avec fracture de la cheville, le genou gauche n'étant pas intéressé. En septembre 2005 interviennent les douleurs qui sont clairement dégénératives. Le 12 novembre 2008, l'assurée ressent des douleurs suite à une glissade lors de la descente d'un bus. Le 17 novembre 2008, elle est opérée et le rapport opératoire du Dr Q _____ met en évidence la poursuite du phénomène dégénératif. Le médecin retient que les douleurs avant ce nouvel événement avaient diminué mais qu'une instabilité du genou persistait. Aussi, il est exact qu'un statu quo sine peut être fixé pour cet événement avant l'hospitalisation, soit au 16 novembre 2008, retenant uniquement les suites d'une simple glissade. La gonarthrose n'a qu'un lien de causalité naturelle possible avec ce dernier événement.

S'agissant de l'épaule gauche, il ajoute que l'amyotrophie présentée après plusieurs opérations est irréversible et la physiothérapie ou un autre traitement médical n'y changera rien. Quant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'y a pas de limitation de l'amplitude articulaire pouvant la justifier. Si le CEMED a retenu un taux de 7 % en raison de possibles troubles dégénératifs à moyen terme, il est à noter qu'une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire est souvent le fait de la répétition des gestes traumatisants, les contraintes répétitives entraînant une usure prématurée. Dans le cas de l'assurée, aucun trouble dégénératif, à 62 ans au jour de l'expertise, n'est relevé et l'activité professionnelle de l'époque ne nécessitait aucune force physique. Si une dégénérescence devait être plus tard constatée, rien ne prouve que le lien de causalité serait existant. De plus, l'annexe 3 de l'OLAA, table 5, prévoit pour une arthrose acromio-claviculaire, une atteinte à l'intégrité de 0 % si elle est peu importante et de 0 à 5 % dans les cas graves. En dehors d'une voussure observée et en relisant l'expertise, le Dr F _____ n'a pas trouvé de douleurs importantes. Il n'y a donc pas lieu de verser une IPAI pour une atteinte théorique future qui n'est absolument pas prévisible et dont rien ne permet de penser qu'elle interviendra. L'expert ajoute qu'il ignore comment le CEMED a retenu le taux de 7 %. Il explique qu'il est possible que le CEMED se soit référé à une table issue des conditions générales de l'assurance.

35. Par décision du 26 mai 2010, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée. Se fondant sur les divers rapports de la Clinique CORELA, le lien de causalité entre les divers accidents et l'atteinte au genou gauche est nié. Il en va de même pour les cervicalgies. Au niveau de l'épaule gauche, l'assurance considère que le traitement est terminé, de sorte que c'est à juste titre qu'il a été mis fin à la prise en charge du traitement médical par décision du 24 mars 2009. En revanche, sur le plan neuropsychologique et psychiatrique, l'incapacité de travail est totale. A cet égard, l'assurance constate que les mesures médicales préconisées, à savoir une psychothérapie et un traitement antidépresseur associé à une prise en charge cognitive, ce qui ne serait pas encore le cas. Enfin, sur le plan rhumatologique, et conformément aux constatations du Dr F _____, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité est nié. Sur les plans psychiatriques et neuropsychologiques, la situation sera évaluée une fois l'atteinte stabilisée.

36. Le 28 juin 2010, l'assurée, représentée par son avocate, saisit d'un recours le Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision précitée. Elle conclut, préalablement, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son écriture à réception du dossier de l'assurance et, sur le fond, à l'annulation de la décision querellée.

Dans le cadre de son recours, elle produit un certificat médical du Dr Q _____ daté du 21 juin 2010. Ce médecin indique que les séquelles de l'épaule gauche sont persistantes, comme le démontrent les douleurs toujours présentes, et potentiellement évolutives, en ce sens où il existe un risque certain d'arthrose post-traumatique tant acromio-claviculaire que sterno-claviculaire, suite classique d'une disjonction acromio-claviculaire associée à une subluxation sterno-claviculaire de ce même côté gauche. Concernant les lésions du genou gauche, elles sont bien dues à l'accident du 24 octobre 2008, par torsion du genou, ayant entraîné des lésions du ménisque interne sur ménisque restant comme le prouvent l'IRM et les constatations opératoires. C'est indépendant des lésions cartilagineuses progressives débutées comme conséquences de l'accident de décembre 2004.

37. Le Tribunal a accordé à la recourante un délai au 25 août 2010 pour compléter son recours. À sa demande, ce délai a été prolongé une première fois au 22 septembre 2010, puis une seconde fois au 20 octobre 2010.

38. Dans le délai imparti, la recourante a déposé son écriture complémentaire. Dans ce cadre, elle produit un rapport du Dr Q _____ daté du 7 octobre 2010. Selon ce médecin, le lien de causalité entre la gonarthrose et l'accident du 24 octobre 2008 est prépondérant, soit supérieur à 50 %, s'agissant d'une décompensation d'un début d'arthrose préexistante. S'agissant des traitements pour la cheville et l'épaule gauche, il mentionne "physiothérapie intermittente en cours pour la cheville gauche et surtout l'épaule gauche". Sur le plan orthopédique, ce médecin est d'accord avec les conclusions de l'expert considérant que la capacité de travail est entière. Le

Dr Q _____ relève que la situation est stabilisée, mais avec un risque d'aggravation progressive de la gonarthrose. Enfin, ce médecin considère que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % avec risque d'aggravation ultérieure, pour l'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche et sterno-claviculaire, et la gonarthrose gauche. Fort de ces éléments, la recourante conclut à l'annulation de la décision querellée, à la poursuite de la prise en charge des prestations dues au titre de la LAA ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sur le plan orthopédique, de 15 %.

39. Par mémoire de réponse du 17 novembre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle produit dans ce cadre un rapport établi par le Dr F _____ daté du 24 août 2010, lequel se prononce sur l'avis du Dr Q _____ daté du 21 juin 2010. S'agissant de l'épaule gauche, le Dr F _____ relève qu'il est possible que les douleurs soient persistantes, mais l'état de santé en relation avec l'accident du 19 décembre 2004 est stabilisé: il existait une amyotrophie de l'épaule gauche, secondaire aux multiples interventions pratiquées, et celle-ci est irréversible. L'expert persiste à dire que si des douleurs sont présentes actuellement, alors que le traitement médical a pris fin depuis le milieu de l'année 2006, il faut se poser la question des conséquences de la cervicarthrose C5 à C7, compatible avec l'âge, avant de chercher à tout prix un lien de causalité avec un accident passé. Selon les normes de la SUVA, ce type de pathologie n'est pas admise après 40 ans, tant sur le plan accidentel que le plan des maladies professionnelles. Quant au risque quasi-certain d'arthrose post-traumatique chez une assurée née en 1946, sans troubles dégénératifs et sans limitation de l'amplitude articulaire constatée lors de l'expertise, en l'absence de traumatismes dans le cadre de l'activité professionnelle exercée précédemment et sachant que l'IPAI est seulement de 5 % dans les cas graves, l'expert rejette l'avis du médecin-traitant. De plus, une arthrose est possible pour l'articulation acromio-claviculaire et sterno-claviculaire selon le Dr Q _____, alors que le seul risque éventuel est une arthrose acromio-claviculaire, indemnisable uniquement dans les cas graves, ce qui n'est pas le cas de la recourante. S'agissant de la lésion du genou gauche, le Dr F _____ maintient ce qu'il a déjà indiqué dans ses précédents avis, et ajoute que la relation de causalité sur ce point ne saurait être examinée à la seule lumière de l'accident du 24 octobre 2008, comme le fait le médecin-traitant, mais qu'il faut remonter à 2005.
40. Par pli du 23 décembre 2010, la recourante considère que les commentaires du Dr F _____ doivent être pris avec réserve, dès lors qu'il n'est pas mentionné qu'il est titulaire d'une spécialisation FMH. Par ailleurs, elle considère que le Dr F _____ n'a pas un niveau de compétence assécurologique suffisant pour emporter la conviction du Tribunal.
41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

-
1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir s'il y a un le lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions du genou gauche de la recourante et les accidents des 19 décembre 2004, 26 mai 2005 et 24 octobre 2008, sur la question de savoir si le traitement de la cheville et de l'épaule gauche est terminé, ainsi que de savoir si la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les lésions orthopédiques.
5. a) 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).

b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie 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, en revanche, 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 se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007).

c) 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 la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références). En présence d'accidents successifs ayant des répercussions sur la même partie du corps, notamment en cas de distorsions cervicales ou de mécanismes similaires, la question de la causalité adéquate s'apprécie de façon globale, tant il est vrai qu'il n'est guère possible de distinguer entre les événements accidentels lequel a généré quelle conséquence particulière (cf. Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 52/2008, p. 67 ; arrêts non publiés du TF 8C_415/2007 du 1^{er} juillet 2008 consid. 5 et 8C_644/2009 du 17 mars 2010 consid. 5.2).

d) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATFA non publié du 14 février 2006, U 351/04 et les références).

e) 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 44 consid. 2c; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références). Le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA).
7. a) Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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 (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG) (al. 3).

b) Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.
8. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a

droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

b) Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

c) L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins

compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

d) Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral du 4 février 2009, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; ATF 115 V 147, consid. 1 ; ATF 113 V 218, consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 417; Ulrich Meyer-Blaser, Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Das ärztliche Gutachten, 4e éd., Berne 2003, p. 30). Comme elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale de l'atteinte à l'intégrité (Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg, 1998, p. 50), l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin.

9. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés du 30 novembre 2004, U 222/04; du 14 octobre 2004, U 66/04; du 4 octobre 2004, U 159/04 et du 20 décembre 2005, U/359/04).
10. a) 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

b) L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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. 3).

d) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa

désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

e) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

f) Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (ATF non publié 9C_270/2007 du 12 août 2008, consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (ATF non publié 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.3 et les références).

11. En l'espèce, la recourante considère, s'appuyant ainsi sur l'avis de son médecin-traitant, le Dr Q_____, que le lien de causalité naturelle entre les lésions du genou gauche et l'accident du 24 octobre 2008 est prépondérant. Pour sa part, l'intimée le rejette, se basant sur les avis du Dr F_____.

Pour rappel, le CEMED, dans son rapport du 26 mars 2007, a retenu que la déchirure du ménisque interne du genou gauche est en relation de causalité très vraisemblable avec l'accident du 26 mai 2005. En effet, la recourante n'a pas ressenti de douleurs au genou gauche après cet accident, mais elles sont apparues rapidement dès qu'elle a arrêté les cannes qu'elle utilisait en raison de la fracture de la cheville. La lésion du genou a parfaitement pu passer inaperçue jusqu'alors. Quant à la chondropathie de grade I du condyle fémoral interne du genou gauche, elle est en relation de causalité possible avec l'accident du 26 mai 2005, la lésion étant plus probablement dégénérative et antérieure à l'accident. Toutefois, l'évaluation arthroscopique des lésions permettra de mieux juger d'un lien de causalité entre les plaintes actuelles et les accidents.

Quant au Dr F_____, il expose, en substance, que les lésions au genou sont de nature dégénérative, sans rapport de causalité naturelle avec les trois accidents en question.

Quant au médecin-traitant, il expose que les lésions du genou gauche sont bien dues à l'accident du 24 octobre 2008, par torsion du genou, ayant entraîné des lésions du ménisque interne sur ménisque restant comme le prouvent l'IRM et les constatations opératoires. C'est indépendamment des lésions cartilagineuses progressives débutées comme conséquences de l'accident de décembre 2004.

Au regard de ces avis divergents, il sied d'examiner, au vu des critères établis par la jurisprudence, si l'un ou l'autre doit se voir conférer pleine valeur probante.

Les divers avis du Dr F_____, expliquant les raisons pour lesquelles il considère qu'il n'y a pas de lien de causalité entre les lésions au genou gauche et les accidents en question, sont étayés. En effet, au regard des accidents dont a été victime la recourante et des lésions qu'elle présente, ce médecin explique de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il ne retient pas de lien de causalité, considérant bien plutôt qu'il s'agit d'une lésion dégénérative, de type maladif, et donc non accidentel. Ses explications sont convaincantes, l'évolution des atteintes au genou gauche étant expliquée tant chronologiquement que physiquement, au regard des trois accidents dont la recourante a été victime. Par ailleurs, l'expert s'est prononcé en pleine connaissance du dossier, et son avis ne contient pas de contradiction. Certes, il relève, s'agissant du deuxième accident, qu'il a eu lieu dans un bus alors qu'il a eu lieu dans un escalier. Cela ne change toutefois rien au mécanisme de l'événement.

Quant au Dr Q_____, il se limite à relever que le lien de causalité entre les lésions du genou et l'accident du 2008 est prépondérant. L'on ne comprend pas bien pourquoi il existerait un lien de causalité entre l'accident de 2008 et les lésions au genou, alors même que ces lésions étaient préexistantes, lui-même l'admettant dans son rapport du 7 octobre 2010. Par ailleurs, le Dr Q_____ relève que la causalité est évidente, sans toutefois développer son propos. De plus, dans le cadre de son rapport établi après la consultation du mois d'octobre 2006, il indiquait, contrairement à ses avis subséquents, que le problème d'imbrication entre les lésions cartilagineuses et méniscales étaient sans rapport avec l'accident (du 25 mai 2005 ou du 19 décembre 2004). Enfin, il indique, dans son rapport du 21 juin 2010, que les lésions du genou gauche sont bien dues à l'accident du 24 octobre 2008, par torsion du genou, ayant entraîné des lésions du ménisque interne sur ménisque restant, comme le prouvent l'IRM et les constatations opératoires, indépendamment des lésions cartilagineuses progressives débutées comme conséquences de l'accident de décembre 2004. Toutefois, et jusque là, aucune lésion du genou gauche n'avait été mise en évidence des suites de l'accident du 19 décembre 2004. Partant, les divers avis du Q_____ ne sauraient remettre en question ceux du Dr F_____, faute d'être motivés, d'une part, et étant contradictoires, d'autre part.

Enfin, l'avis du CEMED ne saurait être suivi, dès lors qu'il était et est soumis à la condition d'un examen complémentaire par arthroscopie.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que seul l'avis du Dr F_____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Par conséquent, la Cour retiendra qu'il n'est pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions du genou gauche sont en lien de causalité naturelle avec les accidents du 24 octobre 2008 et du 26 mai 2005, cas échéant du 19 décembre 2004, de sorte que la décision querellée n'est, sous cet angle, pas critiquable.

Pour le surplus, la recourante fait valoir que l'avis du Dr F_____ ne saurait être suivi, dès lors qu'il n'est pas titulaire d'une spécialisation FMH. Toutefois, selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'est en revanche pas une condition. En l'espèce, il ne fait pas de doute que le Dr F_____ est spécialisé dans le domaine de la chirurgie orthopédique, ce que ne conteste d'ailleurs pas la recourante. Quoiqu'il en soit, le Dr F_____ est titulaire du titre FMH de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, depuis 1987, comme cela ressort du site internet de la FMH (http://www.doctorfmh.ch/index_fr.cfm). Aussi, l'argument de la recourante à ce sujet est sans pertinence.

12. En deuxième lieu, se pose la question de la poursuite des traitements s'agissant de la cheville et de l'épaule gauche.

Selon l'expert, il n'y a pas lieu d'attendre des traitements une amélioration de l'état de santé de la recourante, malgré les douleurs décrites, en ce sens où aucun traitement ne serait propre à améliorer son état de santé.

Quant à la recourante, elle conteste ce point de vue. Elle s'appuie sur l'avis du Dr Q_____ du 7 octobre 2010, lequel indique que la recourante suit des séances de physiothérapie intermittentes pour la cheville gauche et surtout pour l'épaule gauche. Dans son pli du 25 janvier 2010, il relevait toutefois que la dernière prescription de physiothérapie concernant les problèmes de l'épaule gauche a eu lieu le 31 mai 2006, consistant en 9 séances sur environ 6 semaines.

En sus du fait que le Dr Q_____ n'explique pas la contradiction entre ses déclarations de janvier 2010, selon lesquelles les dernières séances de physiothérapie remontaient à 2006 et, celles d'octobre 2010, selon lesquelles il y avait encore des séances intermittentes, ce médecin n'expose pas en quoi ces séances amélioreraient de manière sensible l'état de santé de la recourante. Il n'est certes pas nié que la recourante puisse encore avoir des douleurs à l'épaule gauche, ou même à la cheville gauche. Il n'en demeure pas moins, à l'instar des

considérations du Dr F_____, qu'il n'est pas démontré que le traitement physiothérapeutique est propre à améliorer l'état de santé de la recourante. Le Dr Q_____ ne le soutient d'ailleurs pas, ni même la recourante dans son écriture, dès lors qu'ils se limitent à indiquer qu'il y a encore un traitement médical en cours pour justifier la prise en charge de celui-ci par l'intimée, ce qui n'est pas suffisant.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme au traitement médical tant concernant les lésions de la cheville gauche que celles de l'épaule gauche.

S'agissant de la date de la fin du droit aux prestations, l'intimée indique, dans sa décision 24 mars 2009, que les traitements médicaux, concernant ces deux atteintes, peuvent être considérés comme terminés à la date de la décision. L'intimée l'a rappelé dans la décision querellée. Selon le Dr F_____, la fin du traitement peut être fixée dans les 12 semaines suivant l'ablation du matériel opératoire, soit à fin juillet 2006. Quant au CEMED, il indiquait que le traitement était fini au moment de l'expertise, soit en mars 2007.

Dès lors que l'intimée a retenu, comme fin du traitement pour l'épaule gauche et la cheville gauche, le mois de mars 2009, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

13. En dernier lieu, il s'agit d'examiner si la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, s'agissant des atteintes rhumatologiques, soit à l'épaule gauche et à la cheville gauche.

Selon le Dr Q_____, la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % avec risque d'aggravation ultérieure, pour l'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche et sterno-claviculaire, et la gonarthrose gauche.

Selon le Dr F_____, la recourante n'a pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les atteintes rhumatologiques.

Selon le CEMED, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité pour la cheville gauche. Pour l'épaule gauche, le taux d'atteinte est de 7 %.

En premier lieu, aucun médecin, ni la recourante, ne considèrent qu'elle a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour l'atteinte à la cheville gauche, de sorte que ce point n'est pas litigieux.

En second lieu, les avis divergent pour l'épaule gauche. Selon le médecin-traitant, il existe un risque certain d'arthrose post-traumatique tant acromio-claviculaire que sterno-claviculaire, suites classiques d'une disjonction acromio-claviculaire associée à une subluxation sterno-claviculaire de ce même côté gauche. Selon le Dr F_____, le seul risque éventuel est celui de l'articulation acromio-

claviculaire, indemnisable uniquement dans les cas graves, ce qui ne serait pas le cas de la recourante.

Force est de constater que les médecins précités n'étaient pas leur point de vue. En effet, le Dr Q _____ n'indique pas pourquoi la risque d'arthrose post-traumatique tant acromio-claviculaire que sterno-claviculaire est certain. Quant au Dr F _____, il exclut le risque d'arthrose sterno-claviculaire, toutefois sans explication. L'on ignore s'il l'exclut car une telle arthrose n'est médicalement pas possible, ou si elle ne ressort pas de la table 5 de la SUVA (édition 2000) concernant les atteintes à l'intégrité résultant de l'arthrose, ce qui ne serait pas un argument décisif. De plus, le Dr F _____ n'a pas appliqué correctement les tables établies par la SUVA, dès lors que la table 5 (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) prévoit une indemnisation de 0 % pour une arthrose moyenne, de 5 à 10 % pour une arthrose grave et de 5 % pour une résection et une arthrodèse. S'agissant du CEMED, son avis n'est aucunement motivé.

Ainsi, la Cour n'est pas en possession de tous les éléments médicaux clairs permettant de trancher la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'agissant des lésions à l'épaule gauche de la recourante, de sorte qu'une instruction complémentaire devra être mise en œuvre. L'intimée devra en particulier indiquer si une arthrose tant acromio-claviculaire que sterno-claviculaire est possible, de même que de tenir compte de l'importance prévisible de l'atteinte.

Dans tous les cas, conformément à l'art. 24 al. 3 OLAA, en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, due à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage. Or, il est admis que sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, la situation n'est pas encore stabilisée, de sorte qu'en l'état, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne saurait être allouée. Par conséquent, l'intimée s'est prononcée prématurément sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte que l'examen devra être effectué au moment de l'examen de l'indemnité pour les troubles psychiatriques et neuropsychologiques.

14. Le recours sera donc partiellement admis.
15. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA; art. 61 let. g LPGa).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule les décisions de l'intimée du 24 mars 2010 et du 26 mai 2010, en tant qu'elles nient le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les lésions à l'épaule gauche.
4. Confirme la décision du 26 mai 2010 pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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