

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2374/2014

ATAS/23/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 janvier 2015

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1951, de nationalité suisse, est enseignante depuis le 1^{er} septembre 1999 au Département de l'instruction publique du canton de Genève à 80%. Elle est assurée à ce titre contre le risque accident auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA).
2. Le 21 juillet 2003, elle a été victime d'une chute entraînant une contusion/entorse du pied droit.
3. Le 10 octobre 2003, l'assurée a été opérée en urgence par le docteur B_____, spécialiste FMH neurochirurgie, pour une hernie discale L4-L5 gauche.
4. Au cours de son hospitalisation, le 31 octobre 2003, l'assurée, alors qu'elle sortait de son fauteuil roulant, est tombée, une rampe de sécurité sur laquelle elle prenait appui ayant cédé. L'assurée a subi des douleurs cervicales, dorsales et aux côtes.
5. Le 17 mars 2004, l'assurée a fait une nouvelle chute à son domicile. Alors qu'elle fermait des volets, elle est tombée à la renverse de tout son long. Elle s'est plainte d'une insensibilité dans le bras droit jusqu'aux doigts, de manque de force, de céphalées et de douleurs cervicales.
6. Ces accidents ont été pris en charge par la SUVA.
7. L'assurée a repris le travail à 30 % dès le 23 août 2004, puis à 50 % dès le 1^{er} novembre 2004 et à 70 % dès le 8 mars 2005.
8. Le 18 mai 2008, la doctoresse C_____ a rendu un rapport d'expertise judiciaire dans le cadre du recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision de la SUVA d'interrompre les prestations au 31 juillet 2006 pour l'indemnité journalière et au 1^{er} novembre 2006 pour le traitement. Le 30 juin 2008, le TCAS (ATAS/780/2008) a confirmé la décision de la SUVA de suspendre les prestations et alloué à l'assurée une IPAI de 5%.
9. Le 1^{er} juin 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation (elle a chuté alors qu'elle conduisait un scooter).
10. Le 1^{er} juin 2010, un scanner du rachis cervical a exclu une fracture et un scanner de la colonne cervicale a exclu toute lésion osseuse traumatique.
11. Le cas a été pris en charge par la SUVA.
12. Un encéphalogramme du 22 juin 2010 a conclu à un tracé sans anomalies post traumatiques.
13. Le 24 juin 2010, l'assurée a rempli un formulaire de déclaration d'accident en indiquant des blessures à la tête, cervicales, omoplates, épaules, côtes, bassin, jambe et orteil droits, majeur gauche, main et poignet droits, commotion, plaies, distorsions et contusions.

14. Le 27 juillet 2010, l'hôpital de La Tour a attesté de contusions multiples et d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2010.
15. Le 30 août 2010, une radiographie de la colonne dorsale et gril costal droit a conclu à l'absence de lésion traumatique décelable.
16. Le 5 octobre 2010, la doctoresse D_____, FMH otho-rhino-laryngologie, a attesté d'hypoacousie probablement post traumatique et d'acouphènes post traumatiques très invalidants.
17. Le 1^{er} novembre 2010, la SUVA a transmis à l'assurée un formulaire AI à remplir.
18. Le 18 novembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
19. Le 2 décembre 2010, l'assurée a été victime d'un nouvel accident ; alors qu'elle ouvrait une armoire, elle a reçu une bougie de 1,5 kg sur son nez.
20. Une radiographie du nez du 2 décembre 2010 a conclu à l'absence de fracture et à une déviation du septum nasal vers la droite.
21. Le 21 décembre 2010, la doctoresse E_____, FMH neurologie, a rempli un rapport médical AI, attestant d'une amélioration de l'état de santé depuis fin novembre et d'une reprise de travail prévue le 9 janvier 2011. L'assurée avait présenté un syndrome post TCC avec douleurs cervicales, céphalées, trouble de la concentration et du sommeil.
22. Le 22 décembre 2010, la Dresse E_____ a rempli un rapport médical SUVA, en indiquant une chute en scooter avec brève perte de connaissance, hématomes multiples, douleurs cervicales, céphalées, acouphènes et troubles mnésiques. Une reprise du travail était prévue le 9 janvier 2011.
23. Le rapport d'évaluation de l'OAI du 14 janvier 2011 constate un trouble de la mémoire et de la concentration de l'assurée, laquelle déclarait souffrir d'un manque de concentration, de fatigue, de faiblesse, de perte d'odorat, de goût, de maux de tête, de perte de mémoire et de douleurs dans le corps.
24. Le 14 janvier 2011, le Dr F_____ a attesté que selon les renseignements donnés par le médecin traitant, l'arrêt de travail de l'assurée était justifié.
25. Le 17 janvier 2011, l'assurée a indiqué à la SUVA qu'elle n'était pas apte à travailler.
26. Le 18 janvier 2011, la Dresse D_____ a informé la SUVA qu'une reprise du travail n'était pas possible et que l'arrêt de travail devait être vu avec le docteur JANIC, médecin associé en santé-travail.
27. Le 2 février 2011, l'assurée a déclaré l'accident du 2 décembre 2010 en indiquant qu'une bougie de 1,5 kg lui était tombée dessus alors qu'elle cherchait un sous-verre dans une armoire, ce qui avait provoqué une fêlure du nez.

28. Le 10 février 2011, un inspecteur de la SUVA a téléphoné à la Dresse E_____, laquelle a indiqué qu'elle avait fixé une reprise le 9 janvier 2011, puis prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 24 janvier 2011.
29. Les 10 janvier, 7 février et 7 mars 2011, le docteur G_____, médecine générale et médecine tropicale, a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2010, pour une durée indéterminée.
30. Une IRM cérébrale du 10 février 2011 a conclu à une déviation assez marquée de la cloison nasale vers la droite, sans autres anomalies.
31. Le 21 février 2011, la Dresse E_____ a attesté d'un diagnostic de syndrome post TCC, distorsion cervicale, déviation cloison nasale et d'une incapacité de travail totale de l'assurée.
32. Le docteur H_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu le 10 mars 2011 un rapport d'examen.

L'assurée se plaignait de mal entendre, d'acouphènes, de troubles au niveau de la narine droite suite à la chute de la bougie sur son nez le 2 décembre 2010, de grande fatigue, de douleurs dans le dos et de maux de tête. Elle se sentait mieux au niveau de la mobilité.

L'examen clinique était rassurant ; les conséquences du traumatisme étaient éteintes ; il convenait encore d'investiguer les plaintes ORL (la déviation de la cloison nasale était confirmée).

33. L'OAI a mis un terme le 28 mars 2011 au mandat d'intervention précoce.
34. Le 29 mars 2011, le docteur I_____, FMH oto-rhino-laryngologie, a rendu une appréciation médicale, selon laquelle la déviation de la cloison nasale et l'hypertrophie des cornets (selon radios du 2 décembre 2010 et IRM du 10 février 2011) n'étaient pas une conséquence de l'accident du 1^{er} juin 2010 ; il en était de même du trouble de l'odorat ; il était peu probable que les troubles auditifs soient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} juin 2010.
35. Le 1^{er} avril 2011, la Dresse D_____ a attesté d'acouphène post traumatique très invalidante et gêne auditive subjectivement aggravée par le traumatisme de juin 2010.
36. Le 11 avril 2011, le Dr F_____ a estimé que la prolongation de l'arrêt de travail de l'assurée par le médecin traitant était justifiée et indiqué qu'il ne pouvait lui-même prolonger un arrêt de travail.
37. Le 14 avril 2011, l'assurée a requis un appareil auditif auprès de l'OAI.
38. Le 18 avril 2011, le Dr H_____ a estimé que l'appréciation du Dr I_____ faisait foi et que le Dr F_____ n'avait pas de compétence pour prolonger un arrêt de travail.

39. Par décision du 21 avril 2011, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 30 avril 2011. Les problèmes de la déviation nasale et auditifs n'incombaient pas à l'assurance-accidents.
40. Par communication du 4 mai 2011, l'OAI a relevé que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
41. Le 20 mai 2011, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 21 avril 2011 en relevant qu'elle souffrait toujours de maux de dos, d'épaules, de tête, d'un déficit de concentration, de problèmes de perception et de compréhension auditive, olfactive, gustative, d'étourdissements, de fatigabilité, de stress post traumatique et d'acouphènes. Ses problèmes de nez (fracture) étaient dus à un autre accident de décembre 2010 et elle requérait également la prise en charge de cet accident.
42. Par communication du 29 août 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré deux appareils acoustiques.
43. Par décision du 12 septembre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 21 avril 2011. L'assurée n'avait pas subi de blessure à la tête, ni perdu connaissance. Un TCC n'avait pas été évoqué. Il n'y avait pas à l'EEG et à l'IRM du cerveau de lésion post traumatique, de sorte qu'il n'y avait pas de causalité entre les troubles et l'accident.
44. Le 5 octobre 2011, le Dr I_____, FMH oto-rhino-laryngologie, médecin SUVA, a rendu une appréciation médicale estimant qu'aucune fracture du nez n'était attestée au dossier et qu'il était peu vraisemblable que la déviation de la cloison du nez constituait une suite de l'accident du 2 décembre 2010.
45. Le 12 octobre 2011, le contre hospitalier de la région d'Annecy a attesté d'une hospitalisation de l'assurée du 10 au 12 octobre 2011 pour une ostéosynthèse de la malléole droite suite à la fracture.
46. Par décision du 31 octobre 2011, la SUVA a refusé d'allouer des prestations à la suite de l'accident du 2 décembre 2010.
47. Le 30 novembre 2011, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 31 octobre 2011 en requérant une expertise, l'accident du nez ayant entraîné la déviation de la paroi nasale.
48. Le 7 décembre 2011, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation ; elle a, selon un rapport de la gendarmerie du 29 avril 2012, été renversée par un véhicule alors qu'elle traversait la chaussée et subi des douleurs au dos et des maux de têtes.
49. Le 7 décembre 2011, le service des urgences des HUG a attesté d'une consultation de l'assurée du même jour suite à l'accident de la circulation, et d'un arrêt de travail du 7 au 11 décembre 2011 ; l'assurée se plaignait de douleurs dans toute la colonne cervicale et dorsale, au bassin, au membre supérieur droit et aux membres inférieurs.

50. Le 13 décembre 2011, le Dr G_____, a certifié une incapacité de travail totale dès le 7 décembre 2011, en raison d'un accident.
51. Par décision du 14 décembre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 31 octobre 2011 en se fondant sur l'avis du Dr I_____ du 5 octobre 2011.
52. Un CT cérébral, cervico-dorso-lombaire et cervico-thoraco-abdomino-pelviennne du 16 décembre 2011 a conclu à un micronodule de 4 mm de diamètre du lobe inférieur du poumon droit, d'aspect aspécifique ; les données tomодensitométriques cervico-thoraco-abdomino-pelviennes non injectées étaient par ailleurs sans anomalie objectivable.
53. Le rapport de la gendarmerie du 19 décembre 2011 indique que l'assurée est légèrement blessée (douleurs au dos, maux de tête).
54. Le 20 décembre 2011, la Dresse E_____ a écrit à l'OAI qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis la mi-décembre 2010.
55. Le 21 décembre 2011, l'assurée a déclaré l'accident du 7 décembre 2011 à l'office du personnel de l'Etat en mentionnant qu'elle avait été atteinte sur l'ensemble du corps, à la colonne, tête, bassin, épaule, bras droit et membres inférieurs.
56. Le Dr G_____ a certifié, les 18 janvier, 13 février, 13 mars, 12 avril, 15 mai, 19 juin et 16 juillet, 18 septembre, 9 octobre, 6 novembre et 4 décembre 2012, une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée depuis le 7 décembre 2011.
57. Le 12 janvier 2012, l'assurée a déclaré l'accident du 7 décembre 2011 à la SUVA.
58. Le 16 février 2012, le Dr G_____ a attesté d'une incapacité de travail totale pour maladie depuis mai 2011 et une incapacité de travail totale à la suite de l'accident du 7 décembre 2011.
59. Le 22 février 2012, le Dr G_____ a attesté de cervicalgies importantes, céphalées quotidiennes, hématome, multiples contusions.
60. Le 22 février 2012, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de stress post traumatique, cervicalgies avec irradiations et acouphènes avec perte auditive depuis le 1^{er} juin 2010. L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} juin 2010.
61. Le 15 mars 2012, lors d'un rapport d'entretien de la SUVA, l'assurée a indiqué que depuis l'accident du 7 décembre 2011, elle avait des maux de tête, céphalées, vertiges, malaises, douleurs dans tout le corps, faiblesse des mains, des jambes, troubles du sommeil ; elle sortait le moins possible de chez elle.
62. Le 19 mars 2012, la SUVA a informé l'assurée que, puisqu'elle présentait déjà une incapacité de travail de 100% pour maladie, aucune indemnité journalière ne lui serait versée.

63. Le 26 avril 2012, l'assurée s'est entretenue avec un représentant de la SUVA et indiqué que son état de santé allait mal. Elle avait notamment des douleurs dans tous les membres, ne pouvait lever les bras au-dessus de l'horizontal, ainsi que des problèmes de concentration.
64. Le 9 août 2012, un inspecteur de la SUVA s'est entretenu avec l'assurée qui a annoncé une persistance des douleurs sur le haut du corps et les membres supérieurs et des faiblesses dans les membres inférieurs et le bassin, ainsi que des problèmes de concentration.
65. Le 2 octobre 2012, le SMR a estimé qu'une expertise rhumatologique-ORL et psychiatrique était nécessaire.
66. Le 8 novembre 2012, le service des urgences des HUG a attesté d'une prise en charge de l'assurée pour traumatisme crânien et plaie ouverte du cuir chevelu; l'assurée avait refusé un scanner cérébral et quitté l'hôpital contre avis médical.
67. Le 9 novembre 2012, l'assurée a informé par téléphone la SUVA qu'elle avait chuté la veille suite à un malaise.
68. Le même jour, elle a rempli une déclaration d'accident pour l'office du personnel de l'Etat en indiquant qu'en levant le bras droit (abîmé avec l'épaule et la ceinture scapulaire, lors de l'accident du 7 novembre 2011) pour attraper un livre, une douleur fulgurante l'avait envahie des doigts jusqu'au dos; elle avait perdu connaissance et chuté sur une charnière de porte.
69. Le 21 décembre 2012, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA.
70. Le 6 février 2013, le docteur J_____, psychiatre conseil à la SUVA, a estimé que les troubles psychiques de l'assurée, mentionnés par le Dr G_____ (anxiété importante en voiture, en ville) étaient une symptomatologie phobique pure qui n'était pas suffisante pour pouvoir poser et retenir un diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais qu'il existait un lien de causalité entre cette symptomatologie et l'accident.
71. Le 20 mars 2013, le docteur K_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin conseil de la SUVA, a estimé qu'une pathologie cervicale avait pu être déstabilisée temporairement par l'évènement, mais que les effets délétères organiques du sinistre étaient complètement éteints.
72. Le 27 septembre 2013, le CEMed a rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise, fondé notamment sur trois consultations des 5, 12 et 18 juin 2013. Le rapport est signé par les docteurs L_____, médecine interne FMH, J_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, M_____, rhumatologue FMH et N_____, ORL FMH.

L'assurée avait été victime d'accidents les 1^{er} juin 2010, 2 décembre 2010, 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012 ; ce dernier n'était pas mentionnée dans le dossier mais avait donné lieu à une consultation au service des urgences des HUG

le 8 novembre 2012 (selon un rapport des HUG du même jour) pour traumatisme crânien et plaie ouverte du cuir chevelu à la suite d'une chute de l'assurée qui avait voulu attraper un livre dans une bibliothèque. Elle avait été hospitalisée en 1999 pour un syndrome vertigineux d'origine indéterminée. Elle avait aussi subi en « 2006 » une opération en urgence pour une hernie discale. L'assurée se plaignait de douleurs dans le membre supérieur droit avec limitation de la force de préhension, de douleurs à la cheville droite, avec lâchages, de douleurs au genou gauche, de surdité bilatérale, trouble de la compréhension, acouphènes, trouble de l'équilibre, d'encombrement du nez, de céphalées avec photo-sonophobie, d'anxiété, de fatigue, de vertige, de jambes en coton, de problèmes de concentration, de confusion/ralentissement dans son fonctionnement mental et de troubles du sommeil.

Les experts ont posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, trouble somatoforme indifférencié, trouble de la perméabilité nasale, périarthrite de la hanche droite et syndrome du compartiment antérieur des genoux et le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de presbycusie. L'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans l'activité d'enseignante ; elle ne devait pas travailler dans une ambiance sonore élevée. Il convenait de la coacher afin qu'elle reprenne son activité d'enseignante au plus vite.

73. Le 17 octobre 2013, la doctoresse O_____ du SMR a estimé que l'incapacité de travail était présente de décembre 2010 à mars 2011 et que la capacité de travail était totale dès mars 2011 dans l'activité habituelle.
74. Le 17 octobre 2013, un inspecteur de la SUVA s'est entretenu avec l'assurée, laquelle a indiqué qu'elle ne pouvait toujours pas retravailler, que l'évolution était légèrement meilleure mais qu'elle présentait des maux de tête, troubles du sommeil, douleurs aux épaules avec des mouvements limités vers le haut, douleurs aux mains, avec faiblesses aux bras, aux poignets, aux jambes et aux pieds, des troubles de la mémoire, de la concentration, des vertiges, des peurs dans la rue et une déviation nasale.
75. Par projet de décision du 25 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
76. Le 18 décembre 2013, l'assurée a observé que l'instruction médicale était lacunaire et a requis la copie de l'expertise du CEMed et l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi que subsidiairement, des mesures professionnelles.
77. Par décision du 28 janvier 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que l'expertise du 27 septembre 2013 attestait uniquement d'une incapacité de travail de décembre 2010 à mars 2011.
78. Le 17 février 2014, l'assurée a recouru (cause A/612/2014) à l'encontre de la décision de l'OAI du 22 janvier 2014 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2011. Elle ne pouvait plus exercer son métier en

raison de douleurs diffuses, d'arthrose, d'atteinte à l'épaule droite et de troubles cognitifs. L'OAI minimisait les atteintes dont elle souffrait ; l'expertise du CEMed n'était pas probante car ses troubles cognitifs n'avaient pas été pris en compte ; sa capacité de travail était inférieure à 100%.

79. Le 26 février 2014, le Dr K_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin conseil de la SUVA, a rendu une appréciation médicale selon laquelle les lésions étaient guéries, probablement trois semaines après l'accident du 8 novembre 2012.
80. Par décision du 12 mars 2014, la SUVA a mis fin au versement des prestations d'assurance au 31 mars 2014 et refusé tout droit à une rente et/ou indemnité pour atteinte à l'intégrité.
81. Le 10 avril 2014, l'assurée a fait opposition à la décision précitée en faisant valoir qu'elle n'avait pas été examinée par le médecin de la SUVA, ni fait l'objet d'une expertise, qu'elle souffrait de douleurs diffuses, d'une atteinte à l'épaule droite, d'hémicranie et de troubles cognitifs suite aux accidents de 2011 et 2012, que la SUVA retenait arbitrairement que son état de santé s'était soudain amélioré, qu'une expertise était nécessaire, qu'enfin, la décision n'était pas claire car la SUVA ne motivait pas l'absence de causalité pour les troubles non organiques.
82. Le 15 mai 2014, l'assurée a complété son recours en produisant un examen neuropsychologique du 20 mars 2014. Les troubles cognitifs étaient en rémission mais dès l'accident de 2011 jusqu'à janvier 2014 ils étaient beaucoup plus importants comme l'avaient constaté le Dr G_____ et M. P_____, kiné-ostéopathe ; en outre, le Dr Q_____ avait contesté le diagnostic de fibromyalgie ; l'atteinte à l'épaule était confirmée par le Dr R_____ ; le 4 mars 2014 le Dr G_____ avait attesté d'une reprise à 50% et dès le 27 mars 2014 à 100%. Sa capacité de travail n'était pas de 100% du 1^{er} juin 2010 à mars 2014. Elle concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 30 juin 2014. Elle a communiqué les documents suivants :
 - des certificats médicaux du Dr G_____ attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2010 et d'une capacité de travail de 50% dès le 4 mars 2014 et 100% dès le 27 mars 2014;
 - un rapport du 10 juillet 2012 de Monsieur P_____, masseur-kiné-ostéopathe attestant notamment d'une concentration impossible empêchant le moindre travail intellectuel, de douleurs aux membres supérieurs et de perte d'équilibre;
 - un rapport du Dr G_____ du 8 novembre 2012 attestant de diagnostics après l'accident du 7 décembre 2011 de traumatisme crânio-cérébral (TCC), migraines sévères hémiface droite, cervicalgies et dorsalgies droites, épaules algiques surtout à droite, brachialgies droites avec paresthésies, troubles statiques et blocages au niveau des membres inférieurs, du bassin et du sacrum, syndrome post-traumatique.

L'incapacité de travail était totale et l'assurée ne pouvait faire son ménage, porter des paquets et accomplir les actes usuels de la vie quotidienne;

- un rapport du Dr Q_____, FMH rhumatologie, du 13 mars 2014 selon lequel il n'y avait, à l'examen, aucun point de fibromyalgie mais une tendinopathie post-traumatique de l'épaule droite et un status après cure de hernie discale (2003);
- un rapport d'examen neuropsychologique de Madame S_____, neuropsychologue et de la Dresse T_____, neurologue FMH, du 24 mars 2014 à la suite d'un bilan du 20 mars 2014 lequel a conclu à :
 - l'apparition d'une fatigue après les deux heures d'évaluation,
 - un léger manque de flexibilité mentale,
 - au niveau attentionnel : difficultés lors du rappel des éléments d'un texte lu et autocorrection lors du calcul,
 - au niveau thymique : score pathologique pour l'auto-évaluation de symptômes anxieux lors d'un auto-questionnaire.

Le reste de l'examen (mémoire, fonctions instrumentales et exécutives) ne présentait aucun déficit. Les difficultés cognitives mises en évidence étaient d'intensité très légère et très probablement en lien avec la problématique anxieuse qui nécessitait une prise en charge;

- un rapport du Dr R_____ du 26 mars 2014 selon lequel l'assurée présentait une articulation de l'épaule normale à 50%, avec des douleurs conséquentes, une arthrose acromio-claviculaire selon un bilan radiologique ; une arthro-IRM était préconisée;
- un rapport du Dr G_____ du 14 mai 2014 selon lequel l'amélioration de l'état de santé de la recourante depuis l'accident du 7 décembre 2011 avait été lente mais progressive ; les troubles mnésiques dominaient le tableau clinique ; le trouble de l'épaule, du membre supérieur droit et les cervicalgies droites étaient très présentes et avaient causé l'accident du 8 novembre 2012, l'assurée ayant chuté suite à une vive douleur ; l'incapacité de travail était totale jusqu'au 4 mars 2014 puis à 50% et nulle dès le 27 mars 2014. Certains troubles subsistaient, soit une fatigue après deux heures de concentration, difficultés d'attention et une tendinopathie de l'épaule droite;
- un rapport du Dr R_____ du 15 mai 2014 attestant, à la suite d'une arthro-IRM du 27 mars 2014, d'une arthropathie acromio-claviculaire floride avec une petite atteinte de la coiffe des rotateurs supérieure ; une infiltration était préconisée.

83. Le 10 juin 2014, la Dresse U_____ du SMR a rendu un avis médical. Le Dr Q_____ ne se prononçait pas sur une capacité de travail de l'assurée mais décrivait seulement un status ostéo-articulaire comparable avec celui observé par le CEMed en juin 2013 ; l'absence de points de fibromyalgie, lesquels fluctuaient, n'était pas significative ; le Dr R_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail ; il constatait une légère anomalie de la mobilité articulaire depuis juin

2013 ; les difficultés cognitives relevées dans le rapport du 20 mars 2014 étaient légères de sorte que ce bilan n'était pas en désaccord avec l'expertise de juin 2013 ; l'incapacité de travail certifiée par le Dr G_____ ne reposait pas sur des faits objectifs ; en conséquence le rapport SMR du 17 octobre 2013 demeurait valable.

84. Le 12 juin 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du CEMed était probante, comme l'avait expliqué le SMR, de sorte qu'un complément d'instruction ne se justifiait pas.
85. Par décision du 16 juin 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en considérant qu'au 31 mars 2014, il n'existait plus de troubles organiques démontrables, en relation de causalité naturelle raisonnable avec les accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012 et que les troubles de la sphère psychologique n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec les accidents.
86. Le 1^{er} juillet 2014, les Drs R_____ et V_____ ont attesté d'un suivi de l'assurée pour l'épaule droite suite à l'accident de 2011 (heurtée par un véhicule en tant que piétonne) ; le bilan arthro-IRM confirmait une arthropathie acromio-claviculaire floride et une petite atteinte de la coiffe des rotateurs supérieure; un traitement à l'injection de facteurs de croissance était prescrit; ils étaient persuadés que la pathologie était en lien avec l'accident.
87. Le 2 juillet 2014, l'assurée a observé que l'expertise du CEMed avait eu lieu trois ans après l'accident du 1^{er} juin 2010 et plus d'un an après l'accident du 7 décembre 2011 et qu'aucun médecin de l'OAI ne l'avait examinée avant. Le médecin traitant avait attesté d'une atteinte invalidante entre 2010 et 2013 ; un complément d'instruction était nécessaire pour élucider les faits entre juin 2010 et mars 2014 ; le SMR contestait les accidents ; l'expert retenait à tort une fibromyalgie et ne mentionnait pas la problématique de l'épaule ; les rapports du Dr G_____ étaient erronés ; entre 2010 et 2013 les troubles cognitifs étaient particulièrement importants.
88. Le 21 juillet 2014, l'OAI a observé que l'expertise du CEMed avait examiné l'état de santé de l'assurée entre 2010 et 2013 et confirmé ses conclusions.
89. Le 15 août 2014, l'assurée a recouru (cause A/2374/2014) auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 16 juin 2014 en faisant valoir que celle-ci n'avait pas instruit correctement son cas, le Dr K_____ ayant uniquement rendu une appréciation sur dossier et que les prestations de la SUVA devaient persister au-delà du 31 mars 2014, en particulier la prise en charge des frais médicaux liés aux accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012, lesquels avaient entraîné une lésion à l'épaule et un choc psychologique.

Elle a communiqué les rapports médicaux du Dr G_____ des 8 novembre 2012 et 14 mai 2014, du Dr R_____ des 26 mars 2014 et 15 mai 2014, l'arthro-IRM du 27 mars 2014, ainsi que les rapports suivants :

-
- l'avis du Dr D_____, FMH médecine interne, cardiologie, médecin-conseil de l'Etat de Genève, du 28 avril 2014; le maintien en incapacité de travail à la suite des accidents des 1^{er} juin 2010 et 7 décembre 2011 avait été nécessité par un syndrome post-commotionnel et post-traumatique, dont des troubles cognitifs, de l'équilibre, du sommeil et des douleurs multiples, notamment de l'épaule droite; la décision de reprise du travail était réservée à une évaluation neuropsychologique;
 - deux avis des Drs R_____ et V_____ des 27 juin 2014 et 1^{er} juillet 2014, selon lesquels l'arthro-IRM confirmait une arthropathie acromio-claviculaire floride, ainsi qu'une petite atteinte de la coiffe des rotateurs supérieure; un traitement par injection était indiqué; ces pathologies étaient en lien avec l'accident de 2011.

90. Le 8 septembre 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. L'assurée a indiqué qu'elle avait demandé au DIP de reprendre une activité à 100% dès mars 2014, ce qui n'avait pas pu être le cas. Elle a déclaré : « Actuellement, j'ai encore un problème à l'épaule droite, au niveau des tendons, causé par l'accident du 7 décembre 2011. Depuis l'accident du 1^{er} juin 2010, j'étais en arrêt de travail en raisons de douleurs dans tout le corps ainsi que de problèmes de concentration et de mémoire. Mon état de santé s'est amélioré, de sorte qu'en novembre 2011 on envisageait que je puisse reprendre mon travail en janvier 2012. Toutefois, j'ai subi un nouvel accident le 7 décembre 2011. L'accident du 1^{er} juin 2010 a occasionné les troubles de perte de goût et d'odorat, ainsi que la perte auditive et les acouphènes. L'accident du 12 décembre 2010 a entraîné des troubles de la respiration et une déviation de la cloison nasale. La perte d'odorat a été aggravée par cet accident. Actuellement, ces troubles sont en rémission et j'ai renoncé à me faire opérer. En raison de problèmes financiers, je n'ai pas recouru contre les décisions de la SUVA de septembre et décembre 2011. Je conteste que, comme le SMR l'a indiqué, j'aurais été capable de retravailler depuis mars 2011. L'expertise au CEMed ne s'est pas très bien passée car l'examen clinique du rhumatologue a entraîné de fortes douleurs qui ont nécessité la prise d'antalgiques. Il a en effet appuyé sur certaines parties de mon corps, dont l'épaule. J'ai vu les médecins au moins trois fois dans le courant du mois de juin 2013.

J'ai fait un test neuropsychologique récemment, qui était encourageant. Toutefois, je précise que ce test n'est pas probant pour les années antérieures, soit de 2010 à 2013, période pendant laquelle j'ai souffert de troubles de la concentration et de la mémoire, liés aux douleurs et à des problèmes d'insomnies. Tous ces problèmes m'ont empêchée de reprendre mon activité jusqu'à mars 2014. Je conteste le rapport d'expertise du CEMed dont les conclusions sont fausses et qui contient beaucoup d'inexactitudes de dates et de faits. Par exemple, l'opération de ma hernie discale, laquelle a été causée par un accident de bateau, est notée comme ayant eu lieu en 2000, puis en 2006, alors que j'ai été opérée en 2003. Par ailleurs, je ne souffre pas du tout de fibromyalgie, comme l'a attesté le Dr Q_____, mais d'un

problème post-traumatique à l'épaule droite. Je n'ai également pas l'arthrite qui est mentionnée dans le rapport. Les deux accidents de 2010 et 2011 ont été mélangés avec une opération de 1998 (intervention pour des problèmes de kystes et veineux, à la suite de laquelle j'ai fait une réaction allergique). Enfin, la Dresse E_____ n'est pas le dernier médecin que j'ai consulté, comme cela est mentionné dans le rapport. »

91. Le 12 septembre 2014, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif que l'assurée n'avait pas amené d'éléments démontrant que les plaintes concernant son épaule seraient liées à l'accident de 2011, que le service des urgences des HUG n'avait pas attesté de lésion déterminante de l'épaule droite, que le rapport d'intervention suite à l'accident du 8 novembre 2012 ne mentionnait pas de plainte de l'épaule, que l'assurée était par ailleurs connue pour des cervicalgies irradiant dans le membre supérieur droit, que le Dr K_____ avait rendu un avis sur la base d'un dossier complet et qu'une expertise neuropsychologique devait être écartée.

92. Le 6 octobre 2014, à la demande de la chambre de céans, le Dr M_____ du CEMed a donné des renseignements complémentaires.

L'expertise du 27 septembre 2013 avait constaté que les incapacités de travail ordonnées à la suite des deux premiers accidents étaient raisonnables, soit 100% du 1^{er} juin 2010 au 11 janvier 2011; s'agissant de l'accident du 7 décembre 2011, l'incapacité de travail de 5 jours avait été poursuivie par le médecin-traitant et il était possible que l'incapacité de travail due à l'accident du 8 novembre 2012 entre dans celle, non terminée, du 7 décembre 2011; il ne confirmait pas l'incapacité de travail totale attestée par le Dr G_____ jusqu'au 4 mars 2014, car la capacité de travail était totale au jour de l'expertise. Les limitations de l'épaule n'avaient pas été évaluées comme incapacitantes pour la profession en cours.

93. Par ordonnance du 16 octobre 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure LAA A/2374/2014 au dossier AI.

94. Par ordonnance du 16 octobre 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure AI A/612/2014 au dossier LAA.

95. Le 4 novembre 2014, l'OAI a indiqué que le dossier LAA n'appelait pas commentaire particulier.

96. Le 6 novembre 2014, la SUVA a indiqué qu'il n'existait aucun motif de mettre en œuvre une instruction complémentaire.

97. Le 27 novembre 2014, l'assurée a sollicité, dans le cadre des dossiers AI et LAA, l'audition des Drs Q_____, R_____ et W_____ et observé que l'atteinte à l'épaule était d'origine traumatique, que le certificat de la Dresse E_____ de reprise du travail pour le 9 janvier 2011, sur lequel l'OAI et la SUVA se fondaient, avait été annulé le 24 janvier 2011 et l'incapacité de travail confirmée par le Dr G_____, tout comme par le Dr F_____, qu'il convenait d'entendre ces médecins, afin de rectifier cet état de fait. Elle a transmis diverses pièces dont :

- le courrier du 1^{er} juillet 2014 des Drs R_____ et V_____;
- un courrier du Dr W_____, FMH MPR, médecine du sport et manuelle, du 15 août 2014, selon lequel il suivait la patiente depuis deux mois; il avait effectué des injections ayant diminué les douleurs de 40%; les symptômes actuels et les lésions vues à l'arthro-IRM étaient de façon évidente en lien avec l'accident de 2011; cette pathologie était fréquemment observée après un choc sur le moignon de l'épaule;
- trois certificats d'incapacité de travail totale signés par le Dr G_____ les 10 janvier, 7 février et 8 mars 2011, pour une durée indéterminée.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de la prise en charge par la SUVA des conséquences des accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012, en particulier la prise en charge des frais médicaux et l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) au-delà du 31 mars 2014. A cet égard, il y a lieu de préciser que la SUVA a rendu :
 - une décision le 21 avril 2011 mettant un terme à ses prestations au 30 avril 2011, à la suite de l'accident du 1^{er} juin 2010, confirmée par une décision sur opposition du 12 septembre 2011, laquelle est entrée en force;

-
- une décision le 31 octobre 2011 refusant d'allouer à la recourante des prestations à la suite de l'accident du 2 décembre 2010, confirmée par une décision sur opposition du 14 décembre 2011, laquelle est entrée en force;
 - une décision le 12 mars 2014 mettant fin au versement des prestations d'assurance au 31 mars 2014 et refusant tout droit à une rente et une IPAI, à la suite des accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012, confirmée par une décision sur opposition du 16 juin 2014, laquelle fait l'objet du présent recours.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

6. 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 exigence 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, 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 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.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).
8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).
10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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. 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 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une

expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).
15. En l'espèce, la recourante fait valoir qu'elle a subi une atteinte à l'épaule droite lors de l'accident du 7 décembre 2011 et que celle-ci perdure, qu'elle avait d'ailleurs chuté le 8 novembre 2012 en raison d'une douleur fulgurante survenue à l'épaule droite, qu'à cet égard le rapport du Dr K_____, qui ne l'a pas examinée, n'est pas probant, que les atteintes psychologiques doivent également être investiguées afin de déterminer si elles sont en relation de causalité avec les accidents de 2011 et 2012; elle requiert en conséquence une expertise indépendante.
16. S'agissant tout d'abord de l'aspect psychiatrique, la chambre de céans constate que le dossier médical de la recourante ne contient aucune preuve ou indice que des atteintes psychiatriques, notamment neuropsychologiques, perdureraient au-delà du 31 mars 2014, date à laquelle l'intimée a mis un terme à ses prestations.

Le Dr G_____ a posé, le 22 février 2012, un diagnostic de stress post-traumatique; or, ce diagnostic n'a pas été retrouvé lors des expertises subséquentes, d'une part, dans celle du Dr J_____ du 6 février 2013 et, d'autre part, dans celle du CEMed du 27 septembre 2013, laquelle a exclu un trouble psychique ou cognitif déterminant; en outre, la recourante n'a pas fait valoir une atteinte sous forme d'un stress post traumatique au-delà du 31 mars 2014.

Par ailleurs, le Dr G_____ a attesté le 14 mai 2014 que les troubles qui subsistaient étaient une fatigue après deux heures de concentration et des difficultés d'attention. Toutefois, le rapport neuropsychologique du 24 mars 2014 fourni par la recourante elle-même ne conclut, à la date de l'examen, soit le 20 mars 2014, qu'à des difficultés cognitives très légères.

Dans ces conditions, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, ni de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction médicale complémentaire, aucune atteinte psychiatrique ou neuropsychologique déterminante ne ressortant du dossier au-delà du 31 mars 2014, ce d'autant que la question de la causalité adéquate entre de tels troubles et l'accident devrait encore être donnée pour qu'un droit à des prestations LAA soit reconnu, question qui peut cependant rester ouverte.

17. S'agissant de l'aspect somatique, la chambre de céans constate en revanche que l'atteinte à l'épaule droite n'a pas été suffisamment investiguée par l'intimée.

Il ressort en effet des pièces du dossier que la recourante a, à plusieurs reprises, signalé une atteinte à l'épaule droite, en relation avec son accident du 7 décembre 2011. Elle a ainsi indiqué qu'elle présentait des douleurs dans toute la colonne cervicale, dorsale et notamment au membre supérieur droit (attestation du 7 décembre 2011 du service des urgences des HUG), qu'elle avait été atteinte à l'épaule (déclaration d'accident du 21 décembre 2011), qu'elle ne pouvait lever le bras au-dessus de l'horizontale (entretien du 26 avril 2012 avec la SUVA), qu'elle avait des douleurs aux membres supérieurs (entretien du 9 août 2012 avec la SUVA), que l'accident du 8 novembre 2012 était survenu en raison d'une douleur fulgurante à l'épaule droite (déclaration d'accident du 9 novembre 2012), qu'elle présentait des douleurs dans le membre supérieur droit avec limitation de la force de préhension (rapport du CEMed du 27 septembre 2013) et des douleurs aux épaules, avec limitation de mouvements (entretien avec la SUVA du 17 octobre 2013).

S'agissant de l'appréciation des médecins-traitants de la recourante, ils ont également mentionné une lésion à l'épaule droite; il est ainsi à relever que M. X_____ a attesté de douleurs aux membres supérieurs (avis du 10 juillet 2012), que le Dr G_____ a mentionné des épaules algiques, surtout à droite (avis du 8 novembre 2012), et un trouble de l'épaule avec tendinopathie de l'épaule droite (avis du 14 mai 2014), que le Dr Q_____ a relevé la présence d'une tendinopathie post-traumatique de l'épaule droite (avis du 13 mars 2014), que le

Dr R_____ a posé un diagnostic d'arthropathie accromio-claviculaire avec une petite atteinte de la coiffe du rotateur supérieur (avis du 15 mai 2014) en indiquant que le suivi de l'épaule droite était dû à l'accident de 2011 (avis du 1^{er} juillet 2014), que le Dr D_____ a attesté de douleurs à l'épaule droite dues aux accidents des 1^{er} juin 2010 et 7 décembre 2011 (avis du 28 avril 2014) et que le Dr W_____ a mentionné que les lésions de l'épaule étaient de façon évidente en lien avec l'accident de 2011 (avis du 15 août 2014).

Il apparaît ainsi que la recourante s'est régulièrement plainte de douleurs et de limitations de l'épaule droite à la suite des accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012 et que les médecins ayant assuré son suivi ont également constaté des lésions à l'épaule droite, dont certains ont spécifié qu'elles étaient très clairement en relation avec l'accident du 7 décembre 2011.

Le 26 février 2014, le Dr K_____ a rendu une appréciation médicale sommaire, suite à l'accident du 8 novembre 2012, dans laquelle il relève un canal étroit dégénératif et estime que les conséquences de l'accident sont éteintes après un délai de trois semaines. Le 20 mars 2014, il a rendu une autre appréciation médicale sur laquelle se fonde l'intimée pour motiver sa décision de cesser toute prestation au 31 mars 2014, laquelle est très succincte et se borne, sans examen de la recourante, à conclure qu'il n'y a pas de lésion organique sur le plan osseux et articulaire pouvant être imputée à l'événement déclaré.

Or, postérieurement aux appréciations du Dr K_____, les Drs Q_____ (avis du 13 mars 2014), R_____ (avis des 26 mars, 15 mai, 27 juin et 1^{er} juillet 2014) et G_____ (avis du 14 mai 2014) ont clairement attesté d'une atteinte à l'épaule droite en lien avec l'accident du 7 décembre 2011. Le Dr R_____ a précisément posé le diagnostic d'une arthropathie accromio-claviculaire floride avec une petite atteinte de la coiffe des rotateurs supérieurs, mise en évidence par une arthro-IRM du 27 mars 2014. En particulier, le Dr Q_____ a écarté un diagnostic de fibromylagie retenu par les experts du CEMed en mentionnant une tendinopathie post-traumatique de l'épaule droite et une tendino-bursite trochantérienne droite.

L'intimée n'a pas pris la peine de se prononcer sur ces nouveaux avis médicaux dont certain proviennent de spécialistes en maladie rhumatismale (Dr Q_____) et en traumatologie de l'appareil moteur, en particulier de la chirurgie de l'épaule (Dr R_____). Au vu de ce qui précède et tenant compte du fait que la situation médicale somatique n'a pas été investiguée par l'intimée, il convient de lui renvoyer la cause, afin qu'elle mette en œuvre une expertise auprès d'un médecin indépendant, si possible spécialiste de l'épaule, afin de déterminer si la recourante présente encore, comme l'attestent ses médecins-traitant, une atteinte de l'épaule droite et si celle-ci est due aux accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012, puis qu'elle rende une nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 31 mars 2014, en particulier sur le droit au remboursement de frais médicaux et celui à une IPAI.

Enfin, par arrêt du même jour (A/612/2014), la chambre de céans a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 30 septembre 2013, jugement qui n'a pas d'incidence sur la présente procédure, dès lors qu'il porte sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante antérieurement au 31 mars 2014.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a 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 la décision sur opposition de l'intimée du 16 juin 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimée, dans le sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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