

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

A/3752/2010

ATAS/935/2011

ORDONNANCE D'EXPERTISE

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 octobre 2011

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame P _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec recourante
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

contre

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, sise intimée
Wuhrmattstrasse 21, 4103 BOTTMINGEN

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame P _____ (ci-après l'assurée), née en mars 1950, travaillait en tant qu'assistante sociale à Genève. Elle était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Compagnie d'assurances Nationale Suisse S.A. (ci-après l'assureur).
2. L'assurée a été victime de plusieurs accidents, en mars et septembre 2001, le 6 janvier 2005 et le 27 janvier 2006.
3. Le 17 mars 2007, l'assurée a subi un nouvel accident. Alors qu'elle circulait à vélo, elle a fait un écart brusque pour éviter un chauffard, et a chuté sur le côté gauche. Les premiers soins ont été prodigués par la Permanence d'Onex.
4. Par rapport du 29 mars 2007, la Dresse A _____, médecin généraliste, a indiqué suivre l'assurée pour des cervicalgies aiguës, accompagnées de céphalées et de contusions de tout l'hémicorps gauche, nécessitant la prise d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie.
5. Le 4 avril 2007, l'employeur a transmis à l'assureur une déclaration de sinistre.
6. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident.
7. Par rapport du 1^{er} mai 2007, le Dr B _____ du Groupe Médical d'Onex, a constaté un hématome de la tempe et de l'arcade zygomatique gauches, des contractures des trapèzes des deux côtés, un hématome du genou gauche. Aucune fracture constatée radiologiquement. L'incapacité de travail était totale depuis le 19 mars 2007.
8. Le 3 mai 2007, des radiographies du coccyx se sont révélées dans les limites de la norme. Une discopathie L5-S1 était relevée.
9. Par rapport du 8 juin 2007, Madame C _____, chiropraticienne, a diagnostiqué des cervicalgies, gonalgies, coccygodynies, une distorsion de la hanche gauche, associées à de multiples contusions et abrasions.
10. Par rapport du 12 juin 2007, le Dr D _____, FMH en radiologie, a constaté, suite à l'IRM lombaire, une souffrance de l'articulation sacro-coccygienne de la 1^{ère} articulation coccygienne avec aspect inflammatoire péri-coccygien antérieur et postérieur en rapport avec une « probable fracture ».

11. Par rapport du 17 juin 2007, la Dresse A_____ a prolongé l'incapacité de travail en raison des plaies et contusions multiples, d'une distorsion du rachis et d'une fracture du coccyx.

12. A la demande de l'assureur, le 28 juin 2007, l'assurée a été examinée par les Drs E_____, FMH en rhumatologie, et F_____, FMH en psychiatrie-psychothérapie, médecins auprès du CEMED. Par rapport du 13 août 2007, les médecins ont diagnostiqué une contusion ou une fracture du coccyx sur chute à vélo du 17 mars 2007, en rapport de causalité certain avec l'événement, des gonalgies gauches sans rapport de causalité (l'IRM ne montrait pas de lésion traumatique récente pouvant expliquer la symptomatologie du genou), et des antécédents de cervicalgies, lombalgies et céphalées tensionnelles, avec réactivation transitoire, en relation de causalité seulement possible. Il n'y avait aucune psychopathologie. L'atteinte au coccyx pouvait occasionner des douleurs durables jusqu'à douze mois après le traumatisme. La capacité de travail était nulle puisque dans son activité l'assurée était essentiellement assise. Il était trop tôt pour imaginer une activité professionnelle adaptée, au vu des coccygodynies. En outre, les déplacements dans les escaliers sont rendus difficiles en raison du problème du genou gauche sans relation avec l'accident. La situation devait être réévaluée dans trois mois. Enfin, les experts étaient étonnés que la patiente n'ait pas pu reprendre son activité à plus de 20% fin 2006. Il y avait une divergence entre la description de l'intensité des douleurs et les constatations objectives des collègues experts en août 2006. La tendance à une majoration des symptômes paraissait manifeste et il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité.

13. Le 2 août 2007, l'IRM du genou gauche a révélé un discret épanchement intra-articulaire et lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne (rapport du 3 août 2007 du Dr G_____).

14. Par rapport du 3 septembre 2007, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a vu l'assurée pour «son problème de douleurs et d'impotence fonctionnelle sur séquelles d'un traumatisme en mars passé, avec lésions dégénératives probablement non mobiles de la corne postérieure du ménisque interne ». Selon le médecin, lors de l'accident, l'assurée avait subi un mécanisme d'entorse en flexion du genou gauche. Il a constaté l'absence de symptomatologie mécanique type accrochage, blocage, l'absence d'épanchement et un examen clinique plutôt fruste.

15. Par projet de décision du 11 septembre 2007, l'assureur a informé l'assurée de la prise en charge des frais médicaux liés au seul traitement de la région du coccyx.

S'agissant des antécédents de cervicalgies, lombalgies et céphalées tensionnelles, ainsi que des gonalgies gauches, à défaut de lien de causalité naturelle, l'assureur ne prenait pas en charge ces troubles.

16. Le 26 septembre 2007, l'assurée a contesté le projet de décision.
17. Par courriers du 2 octobre 2007, l'assureur a réinterrogé la Dresse A_____ et les experts du CEMED.
18. Le 6 octobre 2007, la Dresse A_____ a retenu une fracture du coccyx, des cervico-brachialgies sur distorsion liées à la chute, des gonalgies gauches par distorsion ainsi qu'une contusion à l'épaule et hanche gauches. L'incapacité était totale. La patiente était encore très algique, s'asseyant avec peine. Elle présentait des contractures para-cervicales, surtout à gauche et des douleurs à la mobilisation de l'épaule, hanche et genou gauches. Elle n'avait jamais souffert de gonalgies gauches avant l'accident. L'accumulation de traumatismes répétés impliquant toujours le rachis cervical provoque une exacerbation continue des cervico-brachialgies et limite les chances de guérison. Le trauma du coccyx était long à se résoudre.
19. Le 10 octobre 2007, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine du sport auprès de l'Hôpital de la Tour, a retenu le diagnostic de syndrome post-entorse cervicale. Les cervicalgies persistaient.
20. Par courrier du 11 octobre 2007, l'assureur a accepté la prise en charge d'une cure thermale de 14 jours.
21. Par rapport du 30 octobre 2007, le Dr H_____ a noté que l'IRM du 3 août 2007 n'avait montré aucune image pathologique au niveau de l'os spongieux, mais qu'il avait mis en évidence un kyste poplité avec également une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Selon lui, le mécanisme de l'accident (entorse en hyperflexion) peut expliquer les lésions méniscales constatées sur l'IRM. Ce mécanisme n'explique pas l'expulsion partielle du ménisque de l'interligne interne constaté sur quelques coupes IRM. S'il y avait eu un état antérieur, il était complètement asymptotique puisque l'assurée ne se plaignait pas du tout de son genou gauche avant mars 2007.
22. Le 5 novembre 2007, Madame C_____ a indiqué que l'assurée souffre continuellement de douleurs coccygiennes et de douleurs du rachis, accompagnées parfois de céphalées. Les adaptations posturales engendrées par la fracture du coccyx ont une relation directe avec les douleurs rachidiennes et les céphalées.

23. Le 18 octobre 2007, la Dresse E_____ du CEMED a expliqué que suite aux nouveaux documents, elle confirmait que les lésions ressortant de l'IRM du genou gauche étaient sans conteste d'origine dégénérative. Elle a signalé que le courrier du Dr H_____ adressé à la Dresse A_____ le 3 septembre 2007 allait également dans ce sens.
24. Le 20 décembre 2007, le Dr F_____ a considéré que le courrier de l'assurée du 26 septembre 2007 et le rapport de Mme C_____ du 5 novembre 2007 ne modifiaient pas les conclusions des experts. Par contre, ils étaient surpris par une certaine amplification des symptômes et des lésions alléguées. Ils comprenaient mal comment la fracture du coccyx pouvait avoir une relation directe avec les douleurs rachidiennes et les céphalées. Ils rappelaient que les examens radiologiques avaient révélé une possible fracture du coccyx, sans aucune certitude. Il est vrai que le diagnostic est parfois difficile, mais la situation donnait l'impression d'une amplification globale peu compréhensible.
25. Par rapport du 25 décembre 2007, la Dresse A_____ a indiqué un status après fracture du coccyx, des cervicobrachialgies post-traumatiques, des gonalgies gauches et des douleurs à l'épaule gauche. L'état de santé était stationnaire. Un préjudice permanent était à craindre en raison de la persistance des douleurs.
26. Par courrier du 17 octobre 2007, l'employeur a informé l'assurée de la fin des rapports de service au 31 janvier 2008.
27. Par décision du 4 février 2008, l'assureur a confirmé la teneur du projet de décision du 11 septembre 2007. Il prenait en charge uniquement les frais médicaux liés au traitement de la région coccygienne.
28. Les 21 et 28 février 2008, l'assurée s'est opposée à la décision.
29. Le 9 mars 2008, la Dresse A_____ a expliqué que suite à l'accident, l'assurée ressentait des lombalgies avec impression de lâchage lombaire.
30. Par courrier du 9 juin 2008, l'assureur a considéré que la décision du 4 février 2008 était entrée en force.
31. Le 4 juillet 2008, l'assurée, représentée par Maître Daniel MEYER, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), qui a déclaré le recours irrecevable et invité l'assureur à rendre une décision sur opposition (arrêt du 27 novembre 2008, ATAS/1381/2008).

32. Par rapport du 30 septembre 2008, à la demande de l'assureur, les Drs J_____, FMH en rhumatologie, K_____, FMH en neurologie, et L_____, FHM en orthopédie, médecins auprès du CEMED, ont diagnostiqué, suite à des examens de l'assurée effectués les 6 mars et 2 avril 2008, des céphalées mixtes vasomotrices, tensionnelles et potentiellement spondylogènes (1), des rachialgies chroniques (2), une discopathie L5-S1, status après cure de hernie discale (3), une entorse au genou gauche avec lésion du pivot central et instabilité résiduelle (4), une déchirure du ménisque interne du genou gauche (5), une arthrose fémoro-tibiale interne débutante (6) et une coccygodynie chronique sur fracture-contusion du coccyx (7). S'agissant du lien de causalité : l'entorse de genou gauche et la déchirure du ménisque étaient vraisemblablement en lien de causalité avec l'accident, de même que pour la coccygodynie. Le lien entre les céphalées et l'accident était improbable ; celui entre l'arthrose, la discopathie et l'accident n'existait pas, et était tout au plus possible pour les rachialgies. Les céphalées, les cervicalgies et les lombalgies préexistaient à l'événement et ont été tout au plus aggravées transitoirement par celui-ci. S'agissant des céphalées, le statu quo avait été atteint trois mois après l'accident et six mois pour les rachialgies. Pour les affections au genou gauche, le statu quo ne sera pas retrouvé. Le cas pouvait être considéré comme stabilisé s'agissant des suites de l'accident du 17 mars 2007, hormis au niveau du genou gauche et du coccyx. S'agissant du traitement : une rééducation spécialisée pour le coccyx pouvait améliorer les douleurs ; l'état d'instabilité du genou gauche pouvait être amélioré par de la physiothérapie de renforcement musculaire. Selon les experts, les céphalées et les rachialgies n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative. Quoi qu'il en soit, elles n'étaient plus en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident puisqu'elles préexistaient clairement à l'événement. Il n'y avait plus de répercussion sur l'activité en raison du genou gauche. Une activité professionnelle à temps complet était possible, même si la lésion du coccyx nécessite un aménagement de l'activité professionnelle actuelle permettant des pauses et une alternance régulière des positions assis-debout. Toute activité adaptée était possible à temps complet. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les experts ont considéré que la légère instabilité du genou n'ouvrait pas de droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité, selon les tables 5 ou 6 de la SUVA. En cas d'évolution vers une arthrose évolutive secondaire, la situation devait être réévaluée. Enfin, les experts constataient quelques discordances, notamment la mobilité du rachis cervical lorsque l'assurée se sent observée ou non ou encore la boiterie du côté gauche qui n'est pas constante. Cela rendait difficile l'appréciation correcte des éventuelles limitations fonctionnelles et leurs répercussions puisqu'elles étaient liées avant tout à la composante douloureuse, élément éminemment subjectif.

33. Par courrier du 2 février 2009, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise, faisant valoir notamment que le lien de causalité entre l'accident de mars 2007 et les lésions au coccyx aurait dû être considéré comme certain. Sa capacité de travail était nulle et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) se justifiait dès lors que son genou gauche avait perdu toute fonctionnalité. Enfin, l'assureur devait prendre à sa charge les traitements pour le genou et le coccyx.
34. Par rapport du 2 février 2009, la Dresse A_____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies presque constantes et exacerbées par la mobilisation, des lombalgies avec impression de lâchage lombaire, des coccygiodynies intermittentes, des douleurs à l'épaule gauche, un état dépressivo-anxieux réactionnel à la perte de son travail, des angoisses quant à la possibilité de retrouver un travail un jour, des céphalées handicapante et troubles mnésiques, une incontinence fécale et sphinctérienne (depuis l'accident du 17 mars 2007, mais l'assurée n'avait jamais osé en parler). Il y avait des complications en raison des problèmes sphinctériens au niveau anal et des troubles mnésiques. La capacité de travail restait nulle.
35. Par rapport du 6 février 2009, Mme C_____ a qualifié d'observations peu objectives les constats faits par les experts et a contesté qu'une reprise du travail à 100% serait possible.
36. Par courriers du 23 février 2009 adressés à l'assurée, à la Dresse A_____ et à Mme C_____, l'assureur a expliqué que leurs arguments ne permettaient pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise du 30 septembre 2008. En outre, l'assurée était toujours au bénéfice d'un contrat de travail.
37. Le 9 mars 2009, une inspectrice de l'assureur a rencontré l'assurée, laquelle a réitéré ses plaintes.
38. Le 16 mars 2009, le Dr M_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a attesté que l'assurée souffrait d'incontinence.
39. Le 17 avril 2009, l'assureur a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès du Bureau romand d'expertises médicales Sàrl (BREM).
40. Les 14 et 19 mai 2009, les Drs N_____, FMH chirurgie orthopédique, O_____, FMH en neurologie, S_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et T_____, FMH médecine interne/rhumatologie, médecins auprès du BREM, ont examiné l'assurée. Par rapport du 6 juillet 2009 (80 pages), les experts n'ont diagnostiqué aucun trouble, somatique ou psychiatrique, ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la

capacité de travail sont : une spondylodiscarthrose étagée évolutive en L5-S1 sans myélopathie ni radiculopathie, status après cure de hernie discale L5-S1, status après contusion coccygienne en mars 2007, gonarthrose interne bilatérale, satus variqueux des membres inférieurs, excès pondéral, status après entorses cervicales à répétition, status après périarthropathies d'épaules en 2006-2007, un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis octobre 2007, avec possible syndrome subjectif post-traumatique à la suite de la dernière chute le 17 mars 2007.

Les experts ont requis l'avis du Prof. U _____, FMH en radiologie, qui a examiné les radiographies du sacrum et du coccyx et l'IRM du bassin : selon lui, une fracture du coccyx lui paraissait peu vraisemblable, une variante anatomique de la norme ne peut être affirmée ni exclue ou une éventuelle disjonction, mais sans déplacement significatif (rapport du 16 mai 2009).

Selon les experts, il n'est pas déterminant de savoir s'il y a eu une fracture, une contusion ou une disjonction du coccyx actuellement, car dans l'une comme dans l'autre pathologie, on peut voir des syndromes douloureux évoluer sous forme de coccygodynies, sur près d'un an après un accident. Un status quo a été admis quoi qu'il en soit à un délai largement éloigné du traumatisme.

L'examen neurologique met en évidence des troubles de la lignée attentionnelle et un tableau de tensions musculaires douloureuses diffuses prédominant au niveau de de la tête et de la ceinture scapulaire, des phénomènes d'allodynie avec une diminution du seuil de la douleur et des phénomènes associés de troubles neurovégétatifs. C'est dans ce contexte qu'il faut également admettre les céphalées chroniques, les rachialgies, les coccygodynies rebelles. La présentation a progressivement évolué depuis 2001 vers un tableau actuel de syndrome somatoforme douloureux confirmé par le psychiatre. La relation de causalité avec l'accident est très vraisemblable pour une durée d'une année (17 mars 2008), puis à 50% pendant la deuxième année. Les traitements médicaux étaient à prendre en charge jusqu'au 17 mars 2009, date à laquelle le statu quo était atteint. Il n'existait pas d'incapacité de travail de ce point de vue.

S'agissant du genou gauche, la lésion dégénérative du compartiment interne avec méniscope et éventuelle déchirure méniscale ne modifie pas les capacités de déplacements dans des limites des obligations professionnelles usuelles, mais peuvent limiter les obligations sportives. Les experts ne peuvent exclure un lien de causalité avec la chute de 2007. Le Dr N _____ se rallie à l'avis du Dr H _____, considérant un lien de causalité vraisemblable des gonalgies résiduelles avec l'accident. Une partie de la symptomatologie est liée à l'atteinte

dégénérative préexistante visible, liée à la gonarthrose bilatérale. La lésion méniscale mise en évidence des suites de l'accident joue un rôle de causalité actuellement dans une proportion de 50%. Mais les activités professionnelles antérieures décrites paraissent relativement adaptées au genou. Il n'y a pas de traitement conservateur à proposer pour la lésion méniscale. Dès le 17 mars 2009, l'incapacité de travail n'est plus en rapport avec les conséquences de l'accident. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité au niveau du genou gauche.

Ainsi, du point de vue somatique, il n'existe pas de séquelle objective quant aux différents traumatismes mis à part pour le genou gauche, en relation partielle, avec l'accident. Suite à celui-ci, elle a présenté une exacerbation de son syndrome douloureux chronique, des troubles neurovégétatifs dans un contexte de facteurs associés négatifs d'ordre non médical ayant abouti à un licenciement. Il y a des éléments de discordances entre l'importance des plaintes et les constatations cliniques et radiologiques, des phénomènes d'amplification du comportement douloureux.

Sur le plan psychiatrique, les experts indiquent que l'assurée présente un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis octobre 2007. La plainte essentielle concerne des douleurs intenses et persistantes survenues et aggravées à la suite de l'enchaînement de plusieurs accidents entre septembre 2001 et mars 2007. Ces douleurs s'accompagnent d'un important sentiment de détresse et se trouvent à l'origine des limitations de l'assurée dans sa vie quotidienne. Elle décrit une importante aggravation de ses douleurs corporelles qui ne peuvent plus s'expliquer entièrement par un processus physiologique, depuis la perte de son dernier travail déclenchant des angoisses existentielles avec une peur d'avenir comme facteur stressant manifeste. Les baisses de l'humeur ne dépassent pas le niveau de sévérité d'une dysthymie (l'assurée continue de se projeter positivement dans l'avenir, elle prévoit des vacances en avion dans dix jours, elle continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne, d'assurer entièrement les tâches ménagères et de maintenir ses contacts sociaux avec des rencontres régulières avec des anciens amis et se sert régulièrement de sa voiture sans difficultés dans la ville de Genève). Etant donné que les baisses de l'humeur se présentent réactionnelles aux difficultés associées à ses douleurs corporelles et ainsi dans le contexte du syndrome douloureux somatoforme persistant comme expression du sentiment de détresse toujours associé à un tel diagnostic, la fluctuation de l'humeur de l'assurée constitue un phénomène d'accompagnement sans justifier le diagnostic d'une comorbidité psychiatrique autonome. Elle présente une structure de personnalité marquée par une sensibilité aux échecs et une tendance à chercher la responsabilité chez les autres avec une indulgence importante envers soi-même et une tendance à être

facilement blessée, ce qui ne veut pas dire trouble de la personnalité. Cette structure favorise la tendance de l'assurée de s'installer dans un rôle de victime dont elle ne veut pas sortir avec la revendication de prestations de l'assurance comme seul moyen de faire face à ses angoisses existentielles et ses problèmes financiers. Le lien de causalité avec l'accident est seulement possible. L'état de santé au plan psychique s'explique surtout suite à la perte de son travail avec licenciement en octobre 2007. Il n'y a pas d'incapacité de travail.

41. Le 6 juin 2009, un détective privé mandaté par l'assureur a rendu son rapport portant sur la surveillance des activités de l'assurée pour la période du 15 avril au 14 mai 2009. Les faits sont en partie documentés vidéographiquement.
42. Le 9 juillet 2009, l'assureur a transmis à l'assurée une copie du rapport d'expertise du BREM. Il a indiqué que s'agissant de la capacité de travail, il suivrait le plan établi par les experts, à savoir une pleine capacité de travail dès le 17 mars 2009. L'assureur avait donc déjà versé 12 mois d'indemnités journalières à 50% en trop pour la période de mars 2008 à mars 2009 ainsi que 4 mois d'indemnités journalières à 100% en trop pour la période de mars à juin 2009.
43. Par courrier du 14 août 2009, l'assurée a listé les éléments que les experts avaient recueillis et appréciés de manière erronée. Elle est surprise de constater qu'aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu. Selon elle, il s'agit d'une appréciation médicale insoutenable. Elle conteste le caractère diffus des douleurs. Elle est d'avis que la causalité entre la totalité des affections et les accidents est établie et conteste souffrir d'un syndrome somatoforme douloureux. Enfin, elle estime avoir droit à une IPAI de 30% pour le genou et le coccyx.
44. Le 23 octobre 2009, l'assurée a rempli un questionnaire de santé à l'attention de l'assureur, dans lequel elle a énuméré ses limitations fonctionnelles, notamment ne pas pouvoir rester assise plus de 30 minutes, ce en changeant constamment de posture, avoir des difficultés à tourner la tête, se déplacer très difficilement sur les terrains en pente, ne pouvoir s'agenouiller ou s'accroupir qu'avec appui, ne pouvoir porter un casque de moto en raison des maux de tête et se faire aider pour promener son chien.
45. Par décision sur opposition du 18 décembre 2009, l'assureur a déclaré irrecevable l'opposition formée le 21 février 2008 par l'assurée contre la décision du 4 février 2008. Suite au recours interjeté par l'assurée contre cette décision, le TCAS l'a annulée et a renvoyé le dossier à l'assureur afin qu'il rende une nouvelle décision en se prononçant sur le fond (ATAS/355/2010 du 29 mars 2010).

46. Par décision du 22 février 2010, l'assureur a, sur la base des conclusions de l'expertise de BREM, mis fin au 17 mars 2009 pour la prise en charge des traitements médicaux, au 18 mars 2008 pour les prestations liées à une incapacité de travail de plus de 50% et au 18 mars 2009 pour celles liées à une incapacité de travail totale. Il a nié à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité et à une IPAI. Des indemnités journalières avaient été versées à tort du 18 mars 2008 au 17 mars 2009 (50%) et du 18 mars 2009 au 30 juin 2009 (100%). L'assureur se réservait le droit de réclamer la part des indemnités journalières indûment perçue.

L'assureur a repris les points contestés par l'assurée dans son courrier du 14 août 2009. Il a énuméré les limitations fonctionnelles listées par l'assurée le 23 octobre 2009, et expliqué avoir mandaté un détective privé (les pièces pouvaient être transmises à l'assurée à sa demande). Durant la surveillance, aucune gêne particulière n'avait été constatée, au contraire : l'assurée avait mangé durant plus d'une heure avec fils, tournant sa tête dans toutes les directions sans limitations et sans changer constamment de position ; elle jouait avec son chien, elle montait un chemin en pente sans difficultés et sans s'arrêter, elle se penchait souvent en avant, sans aucun appui, sans lenteur ; elle s'accroupissait sans appui, elle portait un casque, etc. Quoi qu'il en soit, selon les experts, les atteintes à la santé n'engendrent aucune incapacité de travail, de sorte que l'assurée n'a aucun droit à une rente. En outre, elle ne présente aucune atteinte physique ouvrant droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité.

47. Par opposition du 25 mars 2010, l'assurée a contesté la décision précitée ainsi que les conclusions du rapport du détective privé : elle affirme ne pas faire de mouvements de rotation de la tête, ne sortir de chez elle qu'appuyée sur un bâton, ne monter et descendre un chemin que de manière lente et avec difficulté. Le rapport d'expertise du BREM du 6 juillet 2009 ne répondait pas aux critères permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Le lien de causalité naturelle entre les affections et l'accident du 17 mars 2007 devait être reconnu, de sorte qu'une rente à 100% et une IPAI de 50% devaient lui être versées.

48. Le 6 mai 2010, l'assurée a pris position sur le rapport de surveillance du détective privé : elle précise qu'elle n'utilise son véhicule que pour effectuer de petits trajets limités à 10 minutes. Selon elle, les séquences vidéo démontrent clairement que tous les mouvements se font de manière très contrôlée. Pendant le déjeuner avec son fils qui a duré à peine une heure, elle a alterné les positions (assis/debout). Les séquences démontrent qu'elle se déplace très fréquemment avec un bâton qui lui sert d'appui. Elle avait été filmée montant quelques marches en courant légèrement, mais c'était parce qu'elle craignait de manquer son train. Le rapport démontre

clairement que son quotidien n'est agrémenté d'aucune activité sortant du cadre strict des obligations.

49. Par décision sur opposition du 28 septembre 2010, l'assureur a admis partiellement l'opposition de l'assurée et modifié les décisions des 4 février 2008 et 22 février 2010, dans la mesure où sont pris en charge les éventuels frais de traitement non encore remboursés relatifs à la contusion au coccyx (jusqu'au 17 mars 2008), les lésions méniscales (jusqu'au 17 mars 2009) et les affections en relation avec un syndrome de type « coup du lapin », respectivement un tableau de type « trouble somatoforme douloureux » (jusqu'au 17 mars 2009). Pour le surplus, les décisions étaient confirmées. Selon l'assureur, les trois expertises ont valeur probante. Elles sont pleinement corroborées par les résultats de surveillance dont l'assurée a fait l'objet du 15 avril au 14 mai 2009.

S'agissant des lésions au genou gauche, même si lien de causalité naturelle doit être retenu avec l'accident (selon les expertises 2008 et 2009), ces atteintes ne portent plus préjudice à la capacité de travail de l'assurée deux ans après l'accident et le traitement médical est terminé. S'agissant de l'éventuelle fracture du coccyx : au moment où l'assurée a été examinée, il n'y avait plus de séquelle objective de lésion au coccyx (contusion), les douleurs ont persisté tout au plus durant 1 an. Au-delà du 17 mars 2008, les douleurs font partie du tableau du trouble somatoforme douloureux. S'agissant des cervico-brachialgies, les lombalgies, rachialgies et céphalées, ces douleurs font partie intégrante d'un tableau douloureux ayant évolué sous la forme d'un trouble somatoforme persistant, dont la réactivation interviendrait dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 mars 2007 à 100% durant une année et à 50% durant une seconde année, date à laquelle le statu quo ante est considéré avoir été atteint. Selon le BREM, tant du point de vue neurologique que psychiatrique, le trouble somatoforme douloureux ne justifiait plus, au moment de l'expertise, une incapacité de travail, laquelle s'explique par des problèmes sociaux, mais non par des troubles d'ordre médical.

S'agissant du coccyx, l'assureur ne revient pas sur les décisions des 4 février 2008 et 22 février 2010 admettant la prise en charge des frais de traitement déjà remboursés, même si on devait retenir que le statu quo avait été atteint une année après l'accident. Pour les lésions méniscales et les gonalgies au genou gauche, les traitements sont à charge de l'assureur, mais conformément à l'avis des experts BREM, limités à deux ans après l'accident. Les céphalées, les rachialgies, lombalgies et cervicalgies, qui ont évolué sous forme de trouble somatoforme douloureux, ne sont pas à charge de l'assureur à défaut de lien de causalité. Cela

étant, l'assureur renonce à réformer *in pejus* ses décisions initiales et les prend en charge pendant deux ans à compter de l'accident.

S'agissant du lien de causalité adéquat, l'assureur a estimé que l'accident du 17 mars 2007 pouvait être qualifié de peu de gravité : l'assurée était simplement tombée de son vélo et s'était relevée d'elle-même. Même si l'accident avait été de gravité moyenne, les circonstances concomitantes de l'accident n'étaient pas particulièrement dramatiques. Les lésions physiques objectivables, à savoir une contusion du coccyx sans fracture objectivable, une lésion méniscale et des gonalgies du genou gauche ne paraissaient pas particulièrement graves, et encore moins de nature à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical - et en particulier celui des atteintes purement physiques - n'avait pas été particulièrement long et n'avait pas fait l'objet d'erreurs médicales. Les traitements n'étaient ni douloureux, ni spécifiques (chiropraticien, anti-inflammatoires, crème). Les difficultés apparues en cours de guérison ne concernaient que le trouble somatoforme douloureux et non les lésions physiques objectivables.

S'agissant de l'incapacité de travail, l'assureur a retenu qu'à compter de deux ans après l'accident, l'assurée ne subit plus d'incapacité de travail. L'assureur estime que l'assurée aurait pu reprendre une activité six mois après l'accident, vu les preuves selon lesquelles elle exagère volontairement ses plaintes. Les autres atteintes de type coup du lapin ou de nature somatoforme ne sont pas en lien de causalité. L'assureur ne réforme cependant pas *in pejus* ses décisions initiales.

Enfin, en l'absence d'incapacité de travail, l'assurée n'avait pas droit à une rente. En outre, dès lors que l'assurée ne subissait aucun dommage direct et permanent, elle n'avait pas non plus droit à une IPAI. En particulier, la légère instabilité du genou ne pouvait être considérée comme suffisamment grave pour ouvrir droit à une quelconque indemnité selon les experts du BREM.

50. Par acte du 29 octobre 2010, l'assurée a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50% au moins, et à la prise en charge des traitements et frais médicaux pour la contusion/fracture du coccyx, les lésions méniscales, les cervico-brachialgies, les lombalgies, les rachialgies, les céphalées et les troubles d'ordre psychique. Elle fait valoir que sur le plan psychique, l'appréciation du Dr V _____, psychiatre traitant depuis le 12 mai 2009, consignée dans ses rapports des 18 août 2009 et 3 février 2010 à l'OAI, qu'elle verse à la procédure, atteste de l'évolution défavorable de son état de santé psychique. Le diagnostic de dysthymie avait évolué vers un trouble dépressif

majeur, apparaissant sur un fond de trouble de la personnalité. Elle fait valoir que les conclusions du CEMED et celles du BREM sont, sur certains points, divergentes. Selon elle, les avis des médecins traitants sont à privilégier par rapport à l'expertise du BREM. La recourante ajoute que les résultats du rapport de surveillance, en tant qu'il ne reflète pas les douleurs et la souffrance quotidienne, ne sont pas déterminants pour juger de sa capacité de travail. Elle n'a jamais exagéré ses plaintes et le compte-rendu de l'expert psychiatre du BREM permet de se convaincre de sa situation d'handicap physique. S'agissant de la lésion méniscale, celle-ci est encore un lien de causalité avec l'accident et l'entrave dans l'exercice de son activité habituelle. En outre, contrairement à ce que dit l'assureur, le BREM n'a pas indiqué que le traitement médical serait terminé, puisqu'ils ont évoqué une méniscectomie arthroscopique, mais à écarter car il existe un risque élevé de péjoration. S'agissant du rapport de surveillance, la recourante fait valoir que tous les déplacements et mouvements se font avec douleurs, ce que ne reflète pas le film. Elle doit en outre utiliser un bâton en guise de canne pour marcher. Par ailleurs, les experts tentaient de mettre les coccygodynies sur le compte du trouble somatoforme douloureux. Mais ils oubliaient que ces atteintes entraînent une incontinence urinaire et fécale. S'agissant des cervico-brachialgies, des lombalgies, des rachialgies et des céphalées, la recourante conteste, au vu des appréciations des médecins-traitant les conclusions des médecins du BREM, selon qui le statu quo serait atteint au 17 mars 2009. Selon elle, limiter les effets au mois de mars 2009 relève de l'arbitraire. Elle conteste l'absence de comorbidité psychiatrique et le fait qu'elle ait une vie sociale active, car les dix jours de surveillance démontrent clairement la pauvreté de sa vie sociale en raison de ses douleurs et de son incontinence. Selon elle, il y a une comorbidité psychiatrique indépendante du trouble somatoforme douloureux. Elle se réfère aux diagnostics du psychiatre traitant, le Dr V_____, qui avait retenu une anxiété généralisée, une dysthymie accompagnée d'un trouble de la personnalité compulsive-obsessionnelle (rapport d'août 2009), puis un état dépressif plus franc, en particulier une dysthymie, « un trouble dépressif majeur apparaissant sur un fond de trouble de la personnalité qui limite à lui seul des facultés d'adaptation et donc augmente son anxiété face à l'avenir » (rapport de février 2010). Ainsi, selon la recourante, ce ne sont pas les problèmes sociaux qui l'empêchent de se réinsérer socialement et professionnellement, mais bien l'interdépendance des atteintes physiques et psychiques.

S'agissant du lien causalité adéquat, selon la recourante, l'accident était particulièrement dramatique. Elle rappelle avoir violemment chuté de son vélo alors qu'elle effectuait une manœuvre d'évitement d'un chauffard arrivant en sens inverse dans un virage. Le fait qu'elle se soit trouvée au guidon du vélo, avec les

conséquences dramatiques qu'un choc frontal aurait pu engendrer, est un élément dont il y a lieu de tenir compte pour juger de la violence de l'impact de l'accident. Le critère de la gravité particulière des lésions physiques : il serait réalisé car elle présente encore des séquelles sous la forme de douleurs, mais également d'incontinence due à l'atteinte au coccyx. Le médecin psychiatre et le médecin traitant ont relevé que les conséquences des coccygodymies sont de nature à influencer négativement sur l'état de santé psychique de la recourante. Elle a aussi des limitations fonctionnelles au niveau du genou. Et l'intimée oublie l'exacerbation des atteintes cervicales, lombaires et au niveau de la nuque. Le traitement médical, même s'il n'était pas particulièrement long et douloureux, il n'a cependant porté que peu de soulagement aux douleurs physiques persistantes. Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail sont tels qu'elle est incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle. Ainsi, le lien de causalité adéquat entre l'accident et l'incapacité physique et psychique doit être considéré comme suffisamment vraisemblable.

En conclusion, la recourante demande la prise en charge des traitements médicaux pour l'atteinte au coccyx (douleurs et troubles d'incontinence), les lésions méniscales et gonalgies au genou gauche, les autres troubles tels que les céphalées, rachialgies, lombalgies et cervicalgies, et les troubles psychiques. Au vu des appréciations de son médecin traitant et du psychiatre traitant, selon qui les troubles actuels rendent toute activité professionnelle vaine, elle demande le versement d'une rente entière d'invalidité. Enfin, elle estime que ses atteintes au genou, au coccyx et ses troubles psychiques sont durables et importantes, de sorte qu'elle a droit à une IPAI de 50%.

51. Par réponse du 3 janvier 2011, l'intimée conclut au rejet du recours pour les motifs invoqués dans la décision litigieuse. Elle conteste que la chute de vélo soit objectivement qualifiée de violente. Elle précise que les premiers soins prodigués par la Permanence d'Onex ont été dispensés le 19 mars 2007, soit plusieurs jours après l'accident. Selon l'intimée, les trois expertises ont valeur probante et doivent être préférées aux avis du médecin traitant, la Dresse A_____, généraliste, et aux conclusions de la iropraticienne. Selon l'intimée, les expertises ne se contredisent pas, les avis des spécialistes ont toutefois évolués logiquement au vu des nouveaux éléments médicaux versés au dossier et de la persistance des plaintes ne pouvant être étayées par des diagnostics somatiques objectifs. S'agissant du coccyx, le rapport du 2 février 2009 faisait état de manière surprenante et très tardivement des troubles urinaires et fécaux prétendument existant depuis l'accident. Il résultait du rapport des experts du CEMED du 30 septembre 2008 et du rapport des experts du BREM que les médecins se sont intéressés à déceler d'éventuels

troubles de cet ordre, sans pouvoir les objectiver. Selon l'intimée, il n'y a pas de lien de cause à effet entre ces troubles et l'accident. S'agissant du genou, l'intimée explique avoir retenu la version la plus favorable à la recourante. Selon l'expertise du BREM, le traitement médical était terminé, contrairement à ce que faisait valoir la recourante. L'intimée explique que lors de la surveillance effectuée par le détective, la recourante marchait sans bâton, avec des mouvements dynamiques et fluides. Ces images attestaient que l'instabilité du genou de la recourante ne justifie plus, ni incapacité de travail, ni IPAI. S'agissant des atteintes relevant du trouble somatoforme douloureux, l'intimée explique n'avoir pas remis en question le versement des indemnités journalières pendant deux ans après l'accident, malgré l'absence de causalité adéquate, étant rappelé que la recourante avait subi une simple chute à vélo. L'accident n'avait pas été dramatique, et les lésions physiques objectivables (la contusion au coccyx et les lésions au genou) n'étaient pas propres à occasionner un trouble psychique. Par ailleurs, les traitements avaient été légers, la recourante n'ayant consulté qu'une seule fois un orthopédiste. Seul le traitement des douleurs persistantes - relevant des troubles psychiques - persistait à ce jour. En outre, il n'y avait plus d'atteinte physique objective pour expliquer les plaintes. Enfin, l'intimée rappelle que les experts n'ont retenu aucune atteinte à l'intégrité pour l'ensemble des diagnostics posés.

52. A la demande de la Cour de céans, l'OAI a transmis le 10 janvier 2011 une copie du dossier concernant la recourante. Il en résulte notamment que suite à la demande de prestations déposée le 10 octobre 2006, le dossier était encore en instruction.
53. Par courrier du 21 janvier 2011, la recourante a sollicité une comparution personnelle des parties.
54. Le 4 avril 2011, les parties ont été entendues par la Cour de céans. La recourante a expliqué qu'avant l'accident, elle ne souffrait que de douleurs à la nuque et de céphalées. Elle a expliqué la chute à vélo et indiqué qu'elle continuait à souffrir de céphalées, de douleurs à la nuque, de pertes de mémoire et de difficultés de concentration. Elle avait également un problème d'incontinence chronique, mais n'était pas suivie par un médecin. La recourante a indiqué se souvenir d'avoir parlé de ce problème aux experts du BREM. Son genou allait mieux depuis quelques mois, mais une douleur apparaissait à la marche au bout d'un petit moment. Elle ne pouvait toutefois pas s'agenouiller et elle montait et descendait les escaliers avec précaution. Le Dr H _____ lui avait déconseillé une intervention chirurgicale et elle n'était plus suivie par un médecin pour cette atteinte. La recourante a ajouté n'avoir pratiquement plus de douleurs au coccyx depuis quelques mois, mais cela avait pris plus de trois ans pour que la situation devienne acceptable. Elle était suivie

par la Dresse A_____, Mme C_____, M. Q_____, physiothérapeute, et le Dr W_____. La recourante a indiqué avoir beaucoup de difficultés à gérer son quotidien ; elle n'arrive pas à se concentrer, elle perd les choses, elle a des absences, des maux de nuque et de tête, elle doit hacher les activités et elle ne peut pas rester longtemps devant un ordinateur. Enfin, elle a ajouté qu'on voulait la faire passer pour une personne qui ment ou qui exagère, alors qu'elle n'a plus de vie sociale, plus de travail et qu'elle souffre au quotidien. Elle a souligné que les experts n'avaient pas été objectifs, en particulier lors de la dernière expertise. Ils n'avaient pas relevé notamment qu'elle avait demandé à s'allonger à la mi-journée, ni qu'elle avait dû aller à plusieurs reprises aux toilettes. L'intimée a, quant à elle, indiqué mettre en place une surveillance lorsque les médecins mentionnent une exagération des douleurs ou des plaintes qui ne sont pas objectivables.

55. Par pli du 10 mai 2011, la recourante a transmis un rapport du 2 mai 2011 de la Dresse A_____ et un rapport du 6 mai 2011 de Mme C_____, décrivant les atteintes qui demeurent symptomatiques et estimant que le statu quo ante n'a pas été atteint. La recourante persiste dans ses conclusions.
56. Par pli du 30 août 2011, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'il avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au 23 septembre 2011 pour compléter celles-ci.
57. Par courrier du 21 septembre 2011, l'intimée a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation ni de remarques à formuler concernant les questions à poser à l'expert.
58. Par pli du 23 septembre 2011, la recourante a requis que l'expert soit interrogé sur les questions de savoir si le cas peut être considéré comme stabilisé, si un traitement médical peut encore améliorer son état de santé, si ses atteintes engendrent une incapacité de travail et, le cas échéant, à quel taux, et enfin, quelles sont les limitations fonctionnelles dues aux atteintes orthopédiques.

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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

L'accident étant survenu le 17 mars 2007, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 29 octobre 2010 contre la décision du 28 septembre 2010 est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'assurance de la part de l'intimée pour les atteintes dont elle souffre encore.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/04 du 14 octobre 2004 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/04 du 4 octobre 2004).

6. Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre d'une atteinte

importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). 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 (art. 24 al. 2 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA).

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), 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 ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

7. a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).

c) 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, 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/bb et cc).

d) Enfin, 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF A non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

8. En l'occurrence, s'agissant en particulier de la question de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée a retenu que les experts mandatés n'ont jamais constaté l'existence de dommages directs et permanents, de sorte que la recourante n'a pas droit à une indemnité (IPAI).

A la lecture des expertises, la Cour de céans constate cependant que l'on ne peut accorder un poids décisif, comme le fait l'intimée, aux conclusions émises par les experts concernant les atteintes au genou gauche, dont le rapport de causalité avec l'accident survenu le 17 mars 2007 n'est pas contesté.

On rappellera en effet que par rapport du 30 septembre 2008, les Drs . J_____, FMH en rhumatologie, K_____, FMH en neurologie, et . L_____ FHM en orthopédie, médecins auprès du CEMED, ont diagnostiqué, une entorse au genou gauche avec lésion du pivot central et instabilité résiduelle et une déchirure du ménisque interne du genou gauche. Ils ont estimé que l'entorse de genou gauche et la déchirure du ménisque étaient vraisemblablement en lien de causalité avec l'accident. Selon ces experts, il n'y aura pas de statu quo pour le genou gauche. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les experts ont considéré que la légère instabilité du genou n'ouvrait pas de droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité, selon les tables 5 ou 6 de la SUVA. En cas d'évolution vers une arthrose évolutive secondaire, la situation devait être réévaluée.

Les 14 et 19 mai 2009, les Drs N_____, FMH chirurgie orthopédique, O_____, FMH en neurologie, S_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et T_____, FMH médecine interne/rhumatologie, médecins auprès du BREM, ont examiné l'assurée. Par rapport du 6 juillet 2009, les experts ont diagnostiqué une gonarthrose interne bilatérale. Ils ont expliqué que lors de l'accident assuré, il y avait eu vraisemblablement une aggravation des lésions méniscales du compartiment interne du genou gauche, siège d'une gonarthrose. Il était vraisemblable qu'une déchirure s'était produite dans le tissu méniscal déjà dégénératif. Au moment de l'expertise, la relation de causalité restait vraisemblable. Les gonalgies résiduelles étaient donc en lien de causalité vraisemblable avec l'accident de 2007. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les experts du BREM ont considéré qu'il n'y a pas d'atteinte, car « la gonarthrose gauche n'est pas plus avancée que la gonarthrose droite, la lésion méniscale ne se complique pas d'une arthrose plus avancée et les amplitudes articulaires actuelles ne permettent pas de retenir une atteinte à l'intégrité atteignant un seuil d'indemnisation selon les tables 2 et 5 de la SUVA, même en tenant compte d'un risque évolutif de gonarthrose » (page 71 du rapport d'expertise).

A la lecture de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que les explications fournies par les experts du BREM n'emportent pas la conviction. En effet, ce n'est pas la comparaison de l'état du genou gauche avec l'état du genou droit qui permet de déterminer s'il existe une atteinte à l'intégrité ; il s'agit plutôt de savoir si la recourante souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique. Or,

les experts du BREM ont eux-mêmes considéré que si les lésions au genou ne modifient pas les capacités de déplacements de la recourante dans les limites des obligations professionnelles usuelles, elles peuvent néanmoins limiter les activités sportives (rapport d'expertise page 57). Cette atteinte risque en outre de durer, puisque les experts sont d'avis qu'il n'y a pas de traitement conservateur à proposer pour la lésion méniscale, qu'une méniscectomie arthroscopique resterait discutable, que toutefois en l'état du genou et au vu de l'âge de la recourante, cette intervention comporte un risque élevé de péjoration (rapport d'expertise page 67). En outre, il appert que le risque d'une gonarthrose gauche - dont ont fait état les experts du CEMED et qui, selon eux, doit donner lieu à une réévaluation de l'atteinte à l'intégrité - est survenu, puisque les experts du BREM ont diagnostiqué une gonarthrose interne.

9. A défaut d'informations fiables et suffisantes sur la question de savoir si la recourante présente une atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée en raison des atteintes qu'elle présente au genou gauche suite à l'accident assuré - étant précisé qu'aucun autre médecin ne s'est déterminé sur ce point - il convient de mettre en œuvre une expertise, qui sera confiée au Dr AA _____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique, à Genève. Enfin, s'agissant de la mission de l'expert, il ne sera pas tenu compte des questions proposées par la recourante dès lors que la Cour de céans estime que les pièces versées à la procédure sont suffisantes pour y répondre.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame P_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
3. La confie au Dr AA_____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique.
4. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse ?
 2. Quelles sont les données subjectives de la personne ?
 3. Quelles sont les constatations objectives ?
 4. Quels sont les diagnostic(s) au genou gauche qui sont en lien de causalité très vraisemblable ou vraisemblable avec l'accident du 17 mars 2007 ?
 5. Constatez-vous chez Madame P_____ une atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée ?
 - a) Si non, pourquoi ?
 - b) Si oui, quel est le taux applicable selon l'annexe 3 OLAA (directement ou par analogie) en vous référant également aux tables de la Division médicale de la SUVA ?
 - c) Si une aggravation de l'état séquellaire est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation.
 6. Faire toute remarque et proposition utiles.

5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
6. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La Présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le