

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3752/2010

ATAS/798/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2012

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame P_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourante

contre

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, sise
Wuhrmattstrasse 21, 4103 Bottmingen

intimée

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

EN FAIT

1. Madame P_____ (ci-après l'assurée), née en 1950, travaillait en tant qu'assistante sociale au sein du Service médico-pédagogique de l'Etat de 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 le 20 mars 2007.
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 C_____ 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 Q_____, 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'imagerie à résonance magnétique (ci-après 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 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. 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 une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'un aspect discrètement remanié du pivot central pouvant témoigner d'une ancienne entorse (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 avec l'accident, 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 provoquait une exacerbation continue des cervico-brachialgies et limitait les chances de guérison. Enfin, 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) pouvait expliquer les lésions méniscales constatées sur l'IRM. Ce mécanisme n'expliquait pas l'expulsion partielle du ménisque de l'interligne interne constaté sur quelques coupes. 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 Q _____ a indiqué que l'assurée souffrait continuellement de douleurs coccygiennes et de douleurs du rachis, accompagnées parfois de céphalées. Les adaptations posturales engendrées par la fracture du coccyx avaient 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 Q _____ 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 B_____ 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 B_____ 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), alors compétent, 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 du genou gauche et la déchirure du ménisque étaient vraisemblablement en lien de causalité avec l'accident, de même que pour les coccygodynies. 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 avaient 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. Les experts ont estimé que 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 médical, une rééducation

spécialisée pour le coccyx pouvait améliorer les douleurs et 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. L'atteinte au genou gauche n'avait plus de répercussion sur l'activité professionnelle, laquelle était possible à temps complet, même si la lésion du coccyx nécessitait 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 sentait observée ou non ou encore la boiterie du côté gauche qui n'était 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. Enfin, à la demande de la Dresse L_____, une scintigraphie osseuse du genou gauche a été effectuée le 16 avril 2008, constatant un processus légèrement actif au niveau de la loge fémoro-tibiale interne du genou gauche compatible avec le traumatisme qui avait eu lieu en 2007 (rapport du 17 avril 2008 du Dr M_____, spécialiste FMH en radiologie).

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 B_____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies presque constantes et exacerbées par la mobilisation, des lombalgies avec impression de lâchage lombaire, des coccygodynies 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 handicapantes et des troubles mnésiques, une incontinence fécale et sphinctérienne (depuis l'accident du 17 mars 2007, mais l'assurée n'avait jamais osé en parler). Selon le médecin, la capacité de travail restait nulle.
35. Par rapport du 6 février 2009, Mme Q_____ a qualifié d'observations peu objectives les constats faits par les experts et a contesté qu'une reprise du travail à 100% soit possible.

36. Par courriers du 23 février 2009 adressés à l'assurée, à la Dresse B_____ et à Mme Q_____, l'assureur a expliqué que leurs arguments ne permettaient pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise du 30 septembre 2008.
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 N_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a attesté que l'assurée souffrait d'une double 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 O_____, FMH chirurgie orthopédique, AA_____, FMH en neurologie, AB_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et AC_____, FMH médecine interne/rhumatologie, médecins auprès du BREM, ont examiné l'assurée. Par rapport du 6 juillet 2009, les experts n'ont diagnostiqué aucun trouble, somatique ou psychiatrique, ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient : une spondylodiscarthrose étagée évolutive en L5-S1 sans myélopathie ni radiculopathie, un status après cure de hernie discale L5-S1, un status après contusion coccygienne en mars 2007, une gonarthrose interne bilatérale, un status variqueux des membres inférieurs, un excès pondéral, un status après entorses cervicales à répétition, un status après périarthropathies d'épaules en 2006-2007 et 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. AD_____, 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 pouvait être affirmée ni exclue ou une éventuelle disjonction, mais sans déplacement significatif (rapport du 16 mai 2009).

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

L'examen neurologique avait mis en évidence des troubles de la lignée attentionnelle et un tableau de tensions musculaires douloureuses diffuses prédominant au niveau 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 fallait également admettre

les céphalées chroniques, les rachialgies et les coccygodynies rebelles. La présentation avait progressivement évolué depuis 2001 vers un tableau actuel de syndrome somatoforme douloureux confirmé par le psychiatre. La relation de causalité avec l'accident était très vraisemblable pendant la première année (jusqu'au 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 l'éventuelle déchirure méniscale ne modifiaient pas les capacités de déplacements dans les limites des obligations professionnelles usuelles, mais pouvaient limiter les obligations sportives. Le Dr O_____ se ralliait à l'avis du Dr H_____, considérant un lien de causalité vraisemblable des gonalgies résiduelles avec l'accident. Une partie de la symptomatologie était liée à l'atteinte dégénérative préexistante visible, liée à la gonarthrose bilatérale. La lésion méniscale mise en évidence des suites de l'accident jouait un rôle de causalité actuellement dans une proportion de 50%. Mais les activités professionnelles antérieures décrites paraissaient relativement adaptées au genou. Il n'y avait pas de traitement conservateur à proposer pour la lésion méniscale. Une ménisectomie arthroscopique restait discutable, toutefois en l'état du genou et au vu de l'âge de l'assurée, cette intervention comportait un risque élevé de péjoration. Dès le 17 mars 2009, l'incapacité de travail n'était plus en rapport avec les conséquences de l'accident. Enfin, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité au niveau du genou gauche car la gonarthrose gauche n'était pas plus avancée que la gonarthrose droite, la lésion méniscale ne se compliquait pas d'une arthrose plus avancées et les amplitudes articulaires actuelles mesurées ne permettaient pas de retenir une atteinte à l'intégrité atteignant un seuil d'indemnisation, même en tenant compte d'un risque évolutif de gonarthrose.

Ainsi, du point de vue somatique, il n'existait 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, l'assurée avait 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 avait des éléments de discordances entre l'importance des plaintes et les constatations cliniques et radiologiques ainsi que des phénomènes d'amplification du comportement douloureux.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont indiqué que l'assurée présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis octobre 2007. La plainte essentielle concernait 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'accompagnaient d'un important sentiment de détresse et se trouvaient à l'origine des limitations de l'assurée dans sa vie quotidienne. Le lien de

causalité avec l'accident était seulement possible. L'état de santé au plan psychique, qui n'entraînait pas d'incapacité de travail, s'expliquait surtout par la perte de son travail avec licenciement en octobre 2007.

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 douze mois d'indemnités journalières à 50% en trop pour la période de mars 2008 à mars 2009 ainsi que quatre 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 appréciés de manière erronée. Elle était surprise de constater qu'aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'avait été retenu. Selon elle, il s'agissait d'une appréciation médicale insoutenable. Elle contestait le caractère diffus des douleurs. Selon elle, la causalité entre la totalité des affections et les accidents était établie et elle contestait souffrir d'un syndrome somatoforme douloureux. Enfin, elle estimait 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 pas pouvoir porter un casque de moto en raison des maux de tête et devoir 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, alors compétent, l'a annulée et a renvoyé le dossier à l'assureur afin qu'il rende une nouvelle décision en se prononçant sur le fond (arrêt du 29 mars 2010, ATAS/355/2010).
46. Par décision du 22 février 2010, l'assureur a, sur la base des conclusions de l'expertise du BREM, mis fin au 17 mars 2009 pour la prise en charge des traitements médicaux et a nié à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité et à une IPAI. L'assureur avait versé des indemnités journalières à 100% du 20 mars 2007 au 30 juin 2009, alors qu'au vu des conclusions des experts, l'incapacité de travail avait été totale jusqu'au 17 mars 2008, puis à 50% jusqu'au 17 mars 2009.

L'assureur se réservait le droit de réclamer la part des indemnités journalières indûment perçue.

L'assureur a 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 son 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'engendraient aucune incapacité de travail, de sorte que l'assurée n'avait aucun droit à une rente. En outre, elle ne présentait 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 affirmait 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, faisant valoir notamment que les séquences démontraient qu'elle se déplaçait très fréquemment avec un bâton qui lui servait d'appui et que son quotidien n'était agrémenté d'aucune activité sortant du cadre strict de ses 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 il admettait prendre en charge les éventuels frais de traitement non encore remboursés relatifs à la contusion au coccyx (jusqu'au 17 mars 2008), aux lésions méniscales (jusqu'au 17 mars 2009) et aux affections en relation avec un syndrome de type « coup du lapin », respectivement avec le tableau de type « trouble somatoforme douloureux » (jusqu'au 17 mars 2009). Pour le surplus, les décisions étaient confirmées. Selon l'assureur, les trois expertises avaient valeur probante et elles étaient 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 le lien de causalité naturelle devait être retenu avec l'accident (selon les expertises 2008 et 2009), ces atteintes ne portaient plus préjudice à la capacité de travail de l'assurée deux ans après l'accident et le traitement médical était terminé. S'agissant de l'éventuelle fracture

du coccyx : au moment où l'assurée avait été examinée, il n'y avait plus de séquelle objective de lésion au coccyx (contusion), les douleurs avaient persisté tout au plus durant un an. Au-delà du 17 mars 2008, les douleurs faisaient partie du tableau du trouble somatoforme douloureux. S'agissant des cervico-brachialgies, les lombalgies, rachialgies et céphalées, ces douleurs faisaient partie intégrante d'un tableau douloureux ayant évolué sous la forme d'un trouble somatoforme persistant, dont la réactivation intervenait 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 était considéré avoir été atteint. Selon les experts du 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'expliquait par des problèmes sociaux, mais non par des troubles d'ordre médical.

S'agissant du coccyx, l'assureur ne revenait pas sur les décisions des 4 février 2008 et 22 février 2010 qui admettaient la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 17 mars 2009, même si on devait retenir que le statu quo avait déjà été atteint une année après l'accident. Pour les lésions méniscales et les gonalgies au genou gauche, les traitements étaient à charge de l'assureur, mais conformément à l'avis des experts du BREM, limités à deux ans après l'accident. Les céphalées, les rachialgies, lombalgies et cervicalgies, qui avaient évolué sous forme de trouble somatoforme douloureux, n'étaient pas à charge de l'assureur à défaut de lien de causalité. Cela étant, l'assureur renonçait à réformer *in pejus* ses décisions initiales et les prenait en charge pendant deux ans à compter de l'accident.

S'agissant de l'incapacité de travail, l'assureur a retenu qu'à compter de deux ans après l'accident, l'assurée ne subissait plus d'incapacité de travail. L'assureur estimait que l'assurée aurait pu reprendre une activité six mois après l'accident, vu les preuves selon lesquelles elle exagérait volontairement ses plaintes. L'assureur ne réformait cependant pas *in pejus* ses décisions initiales. En l'absence d'incapacité de travail, l'assurée n'avait donc 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.

Enfin, l'assureur a estimé que le lien de causalité adéquat entre les troubles psychiques et l'accident n'existait pas, la chute à vélo pouvant être qualifiée de peu de gravité.

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 AE_____, psychiatre traitant depuis le 12 mai 2009, consignée dans ses rapports des 18 août 2009 et 3 février 2010, qu'elle verse à la procédure, atteste de l'évolution défavorable de son état de santé psychique. Elle fait valoir que les conclusions du CEMED et celles du BREM sont, sur certains points, divergentes et 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 de handicap physique. S'agissant de la lésion méniscale, celle-ci l'entrave encore dans l'exercice de son activité habituelle. En outre, contrairement à ce que dit l'assureur, les experts du BREM n'avaient pas indiqué que le traitement médical serait terminé, puisqu'ils avaient évoqué une méniscectomie arthroscopique. Par ailleurs, les experts tentaient de mettre les coccygodynies sur le compte du trouble somatoforme douloureux. Mais ils oublièrent que ces atteintes entraînaient 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. 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. Enfin, elle est d'avis que le lien de causalité adéquat entre l'accident et les atteintes psychiques est rempli, dès lors que l'accident avait été particulièrement dramatique.

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 importants, 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. Selon l'intimée, les trois expertises ont valeur probante et doivent être préférées aux avis de la Dresse B_____ et aux conclusions de Mme Q_____. S'agissant du genou, l'intimée explique avoir retenu la version la plus favorable à la recourante. Les images de la vidéosurveillance 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, étant rappelé que la recourante avait subi une simple chute à vélo. 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 par la recourante, 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 B_____, Mme Q_____, M. R_____, physiothérapeute, et le Dr AE_____. La recourante a indiqué avoir beaucoup de difficultés à gérer son quotidien ; elle n'arrivait pas à se concentrer, elle perdait les choses, elle avait des absences, des maux de nuque et de tête, elle devait hacher les activités et elle ne pouvait 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 B_____ et un rapport du 6 mai 2011 de Mme Q_____, décrivant

les atteintes qui demeurent symptomatiques et estimant que le statu quo ante n'a pas été atteint. La recourante a persisté 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'elle 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.
59. Par ordonnance d'expertise du 10 octobre 2011 (ATAS/935/2011), la Cour de céans a confié une mission d'expertise au Dr AF_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, précisant qu'il n'était pas tenu compte des questions proposées par la recourante car les pièces versées à la procédure étaient suffisantes pour y répondre.
60. Par rapport du 29 décembre 2011, le Dr AF_____ a diagnostiqué, suite à deux examens de la recourante (les 15 novembre et 19 décembre 2011) et à de nouvelles radiographies du genou gauche, une déchirure du ménisque interne, une lésion du cartilage fémoro-tibial interne, une lésion du pivot central, une gonarthrose gauche avec pincement de l'interligne, en lien de causalité très vraisemblable ou vraisemblable avec l'accident du 17 mars 2007. L'expert a constaté une atteinte à l'intégrité, dont le taux était de 15% selon la table 5 SUVA, en raison de l'arthrose moyenne et en présence d'une instabilité et d'une lésion méniscale. L'arthrose allait probablement évoluer de manière défavorable, se transformant en arthrose grave, auquel cas le taux de l'atteinte à l'intégrité serait de 30%.
61. Le 27 janvier 2012, l'intimée conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, au motif que le rapport du Dr AF_____ est notamment insuffisamment motivé.
62. Par pli des 30 janvier et 7 février 2012, la recourante indique que les diagnostics retenus par l'expert, outre le fait qu'ils justifient une indemnité pour atteinte à l'intégrité, légitiment l'octroi d'une rente d'invalidité eu égard aux limitations fonctionnelles qui en découlent. Elle s'oppose à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et persiste dans ses conclusions.
63. Après avoir adressé ces écritures à l'intimée, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La Cour de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 10 octobre 2011, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/935/2011).
2. 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 à la santé dont elle souffre postérieurement au 17 mars 2009.
3. 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).

4. 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.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (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 la santé ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2).

5. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié U 222/04 du 30 novembre 2004 ; ATFA non publié U 66/04 du 14 octobre 2004 et ATFA non publié U 159/04 du 4 octobre 2004).
6. 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).

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. 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

7. 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).

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). Au demeurant, il n'existe 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 (RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48 p. 284).

8. En l'occurrence, la recourante est d'avis que les atteintes qu'elle présente postérieurement au 17 mars 2009 sont dus à l'accident survenu le 17 mars 2007, en se fondant sur les rapports de la Dresse B _____, du Dr AF _____ et de Mme Q _____. Pour sa part, l'intimée soutient, en se référant notamment aux conclusions rendues par les experts du BREM, qu'à compter de la date précitée, la recourante n'a plus droit à des prestations.

Il n'est pas contesté que suite à l'accident assuré, la recourante a présenté des coccygodynies sur fracture-contusion du coccyx, une entorse au genou gauche avec lésion du pivot central et instabilité résiduelle, une déchirure du ménisque interne du genou gauche, des céphalées et des rachialgies. Le lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident assuré a été admis tant par les experts du CEMED (rapport du 30 septembre 2008) que par ceux du BREM (rapport du 6 juillet 2009).

Les traitements médicaux concernant ces atteintes ont été pris en charge par l'intimée jusqu'au 17 mars 2009 et des indemnités journalières pour une incapacité de travail totale ont été versées à la recourante jusqu'au 30 juin 2009.

Les 14 et 19 mai 2009, la recourante a été examinée par les Drs O _____, AA _____, AB _____ et AC _____, médecins auprès du BREM. Dans leur rapport du 6 juillet 2009, les experts ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, notamment une spondylodiscarthrose étagée évolutive en L5-S1 sans myélopathie ni radiculopathie, un status après cure de hernie discale, un status après contusion coccygienne en mars 2007, une gonarthrose interne bilatérale, un status après entorses cervicales à répétition, un status après périarthropathies d'épaules en 2006-2007 et un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis octobre 2007. Ils ont estimé que d'un point de vue somatique - mis à part pour les atteintes au genou gauche - il n'existait pas de séquelle objective qui serait encore en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. S'agissant du genou gauche en particulier, les experts ont considéré que les gonalgies dont souffre la recourante sont encore en lien de causalité vraisemblable avec l'accident assuré, se ralliant ainsi à l'avis du Dr H _____. Les experts du BREM ont considéré qu'il n'y avait pas de traitement conservateur à proposer pour la lésion méniscale et que dès le 17 mars 2009, les gonalgies n'entraînaient plus de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant des autres atteintes, l'examen neurologique avait permis de mettre en évidence un tableau de tensions musculaires douloureuses et diffuses prédominant au niveau de la tête et de la ceinture scapulaire de la recourante, des phénomènes d'allodynie avec une diminution du seuil de la douleur. C'est dans ce contexte qu'il fallait également admettre les céphalées chroniques, les rachialgies et les coccygodynies rebelles. La présentation des douleurs avait progressivement évolué depuis 2001 vers un tableau actuel de syndrome somatoforme douloureux, diagnostic qui était confirmé par l'expert psychiatre. L'accident du 17 mars 2007 avait engendré une recrudescence de l'ensemble du tableau douloureux antérieur. Selon les experts, si la relation de causalité naturelle entre ces douleurs et l'accident devait être admise dans un premier temps, le statu quo ante avait toutefois été atteint 24 mois après l'accident, soit au 17 mars 2009. Enfin, selon les experts, ces douleurs n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, la recourante présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis octobre 2007. La plainte essentielle concernait 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'accompagnaient d'un important sentiment de détresse justifiant le diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. La recourante a fait état d'une perte de la mémoire et des difficultés de la concentration avec une diminution de l'attention. Le lien de causalité entre le syndrome somatoforme douloureux et l'accident assuré était seulement possible et ce trouble n'entraînait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

La Cour de céans constate que le rapport des Drs O_____, AA_____, AB_____ et AC_____ - long de 80 pages - se fonde sur un examen médical complet de la recourante et prend en considération ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier radiologique et médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires, non contradictoires, et les conclusions sont dûment motivées.

La Cour de céans constate également qu'aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts quant à la question du lien de causalité naturelle entre les atteintes dont souffre la recourante et l'accident survenu le 17 mars 2007.

La recourante fait certes valoir que certaines conclusions des experts du BREM entrent en contradiction avec celles rendues par les experts du CEMED dans leur rapport du 30 septembre 2008. Cela étant, on relèvera que l'état de santé de la recourante n'était pas encore stabilisé au moment où elle a été examinée par les experts du CEMED. En outre, les conclusions des experts du BREM, sur lesquelles s'est fondée l'intimée pour rendre sa décision litigieuse, sont favorables à la recourante dans la mesure notamment où s'agissant des céphalées et des cervico-brachialgies, ils ont retenu un retour au statu quo au 17 mars 2009, alors que les experts du CEMED avaient estimé que le statu quo avait déjà été atteint 3 mois après l'accident pour les céphalées et 6 mois après l'accident pour les cervico-brachialgies.

La recourante conteste les conclusions des experts du BREM en se référant aux appréciations de la Dresse B_____ et de Mme Q_____, chiropraticienne. Certes, de l'avis de la Dresse B_____, médecin généraliste traitant, les cervico-brachialgies, les céphalées, les lombalgies, les gonalgies intermittentes, les coccygodynies, l'incontinence fécale, l'état dépressivo-anxieux, les problèmes de mémoire et de concentration sont encore en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré (rapport du 2 mai 2011). Cela étant, force est de constater que l'ensemble de ces troubles a fait l'objet d'une investigation complète effectuée par quatre experts spécialisés en chirurgie orthopédique, en neurologie, en médecine interne/rhumatologie et en psychiatrie, et qui parviennent à la conclusion qu'hormis les gonalgies, les autres atteintes ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident à compter du 17 mars 2009. Qui plus est, on relèvera que la Dresse B_____ ne fait nullement état d'éléments qui auraient été ignorés par les experts précités. Enfin, l'avis du 6 mai 2011 de Mme Q_____ - qui n'a pas le titre de médecin - selon lequel la recourante n'a pas recouvré le statu quo ante, ne saurait remettre en question les conclusions émises par les experts précités.

S'agissant en particulier des gonalgies, la recourante fait valoir que contrairement à ce qu'ont retenu les experts du BREM, elles ont une répercussion sur sa capacité de travail et qu'elles justifient la poursuite d'un traitement médical au-delà du 17 mars

2009. On relèvera toutefois qu'aucune pièce versée au dossier ne permet de retenir une incapacité de travail en raison de la seule atteinte au genou gauche. Au contraire, les experts du CEMED - qui avaient examiné la recourante les 6 mars et 2 avril 2008 - avaient alors estimé que cette atteinte n'entraînait déjà plus de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Qui plus est, le Dr H_____, chirurgien orthopédique qui a suivi la recourante depuis le 3 septembre 2007 pour cette atteinte au genou gauche, n'a nullement fait état d'une éventuelle incapacité de travail, ni d'un traitement conservateur à suivre par la recourante postérieurement au 17 mars 2009. De surcroît, on relèvera que les experts du BREM rejoignent le Dr H_____ lorsqu'ils estiment qu'une arthroscopie présenterait des risques de péjoration, ce que la recourante a encore confirmé lors de son audition le 4 avril 2011 par-devant la Cour de céans. En conclusion, force est de constater qu'aucun rapport établi par un spécialiste en orthopédie ne fait état ni d'une incapacité de travail, ni de la nécessité de la poursuite d'un traitement médical pour le genou gauche.

La recourante fait également valoir que les experts du BREM auraient omis de prendre en compte l'incontinence double dont elle souffre. La Cour de céans constate cependant que les experts du BREM ont non seulement relevé les plaintes de la recourante à ce sujet (pp. 34, 35, 36 et 38 du rapport d'expertise), mais qu'ils ont également recueilli le rapport établi le 13 mars 2009 par le Dr N_____ concernant les examens urodynamiques effectués par ce spécialiste. Au demeurant, il y a lieu d'observer qu'aucun rapport au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et l'incontinence dont souffre la recourante.

La recourante prétend également que les troubles psychiques dont elle souffre seraient dus à l'accident assuré. Certes, le Dr AE_____, psychiatre traitant, fait-il état d'une anxiété généralisée et d'une dysthymie existant depuis octobre 2007, cette dernière atteinte ayant évolué en un trouble dépressif majeur (rapports des 18 août 2009 et 3 février 2010). Cela étant, le Dr AE_____ ne fait nullement état de ce que ces troubles seraient en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Enfin, la recourante se prévaut de la vidéosurveillance du détective privé mandaté par l'intimée pour faire valoir que tous les mouvements qu'elle effectue se font de manière très contrôlée et que sa vie sociale est pauvre en raison de ses douleurs. La Cour de céans relèvera toutefois que les observations du détective privé ne permettent aucunement d'écarter les conclusions prises par les médecins du BREM s'agissant de la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre les atteintes à la santé et l'accident du 17 mars 2007 étant rappelé que cette question s'examine au regard des renseignements d'ordre médical.

Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, les conclusions ressortant de l'expertise du BREM du 6 juillet 2009, selon lesquelles à compter du 17 mars 2009, les causes accidentelles ne jouent plus de rôle dans les atteintes à la santé dont souffrent encore la recourante - à l'exception des troubles au genou gauche, lesquels n'entraînent toutefois aucune incapacité de travail et pour lesquels il n'y a pas de traitement médical - ne sauraient être mises en doute.

La décision litigieuse, en tant qu'elle porte sur ces points, ne prête donc pas le flanc à la critique.

Reste toutefois à examiner si la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des atteintes au genou gauche causées par l'accident assuré.

9. a) Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA).

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). Enfin, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4).

Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients

spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, ATF 113 V 221 consid. 4b et les références; ATFA non publié U 249/01 du 30 juillet 2002).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, ATF 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2).

b) Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (art. 36 al. 2 LAA).

Il est nécessaire, pour que l'article 36 al. 2 LAA soit applicable, que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un préjudice déterminé. Cette disposition ne trouve donc pas application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont provoqué des dommages sans effet l'un sur l'autre (ATF 126 V 116 consid. 3a ; ATF 121 V 336 consid. 3c).

c) 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).

10. En l'occurrence, l'intimé a estimé que la recourante ne présente aucune atteinte à l'intégrité, en se fondant sur les conclusions des experts du CEMED et du BREM, lesquelles seraient confirmées par les observations du détective privé.

Dans son ordonnance d'expertise du 10 octobre 2011, la Cour de céans a toutefois estimé que l'on ne pouvait accorder un poids décisif aux conclusions des experts précités, de sorte qu'elle a mandaté le Dr AF_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport du 29 décembre 2011, le Dr AF_____ a considéré que la gonarthrose gauche (moyenne), l'instabilité et la lésion méniscale, qui sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 mars 2007, justifient un taux de 15% d'atteinte à l'intégrité selon la table 5 d'indemnisation SUVA. Par ailleurs, il a estimé que l'arthrose allait probablement évoluer de manière défavorable, aboutissant à une arthrose grave et à un degré d'atteinte à l'intégrité de 30%.

La Cour de céans est d'avis que le rapport de l'expert a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier radiologique et médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires, non contradictoires, et les conclusions sont dûment motivées. En particulier, on ne voit pas que l'appréciation de l'expert repose sur des faits médicaux inexacts ou sur une mauvaise application des règles d'indemnisation des atteintes à l'intégrité rappelées ci-dessus.

L'intimée est d'avis que ce rapport n'a pas de valeur probante, faisant valoir que l'expert n'a pas motivé les diagnostics retenus, qu'il se trompe lorsqu'il retient que les experts précédents n'ont pas constaté la déchirure du ménisque interne et qu'il aurait dû déterminer si l'état du genou est dû en partie à des facteurs préexistants à l'accident. Selon l'intimée, dans ce cadre-là, la comparaison avec le genou droit est pertinente. L'intimée conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

La Cour de céans relèvera que contrairement à ce qu'allègue l'intimée, le Dr AF_____ a répondu de manière motivée à toutes les questions qui lui ont été posées. Au demeurant, il y a lieu de relever que le Dr AF_____ n'a pas fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité sur la base de nouveaux diagnostics, mais sur ceux constatés par les experts du CEMED (rapport du 30 septembre 2008) et par les experts du BREM (rapport du 6 juillet 2009). S'agissant de l'état antérieur du genou gauche, la Cour de céans observe que rien ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'arthrose moyenne - qui constitue l'atteinte à l'intégrité donnant droit à une indemnité - aurait été causée par un facteur autre que l'accident assuré. Certes, le bilan radiographique a-t-il objectivé des troubles

dégénératifs débutants au genou gauche (rapport du 3 septembre 2007 du Dr H_____ et rapport du 30 septembre 2008 des experts du CEMED). Cela étant, il n'apparaît pas que ces troubles aient déclenché l'arthrose moyenne. En effet, les experts du CEMED, interrogés sur la question de l'existence d'un état antérieur, ont estimé qu'un tel état antérieur existait pour les rachialgies et les céphalées, mais pas pour le genou gauche (page 26 du rapport). Les experts du BREM ont quant à eux certes indiqué qu'une partie de la symptomatologie était liée à l'atteinte dégénérative préexistante visible, liée à la gonarthrose du reste bilatérale. Cela étant, on relèvera que leur appréciation à cet égard n'emporte pas la conviction dans la mesure où ils se fondent notamment sur l'existence d'une gonarthrose au genou droit pour en déduire que la gonarthrose au genou gauche est due en partie à un état dégénératif préexistant. Or, une telle comparaison est irrelevante étant donné que le genou droit a subi une arthroscopie à la suite d'une chute en scooter en 1999 (p. 35 rapport du BREM).

Ainsi, il ne peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un état antérieur et l'accident assuré auraient causé ensemble l'atteinte la santé à indemniser. Il s'ensuit qu'une réduction de l'indemnité ne se justifie pas.

Selon la table 5 de la SUVA, en cas d'arthrose moyenne fémoro-tibiale, un taux de 5% à 15 % est prévu et pour une arthrose grave un taux de 15% à 30 % est prévu. Si l'articulation présente une instabilité en plus de l'arthrose, le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé est retenu. Selon l'expert judiciaire, un taux de 15 % se justifie car celui-ci tient compte de la lésion méniscale et de l'instabilité. En outre, la Cour de céans constate que la survenance ultérieure d'une aggravation de l'atteinte à la santé doit être considérée comme vraisemblable et son importance quantifiable puisque de l'avis de l'expert judiciaire, l'atteinte correspondra à une arthrose grave de l'ordre de 30%.

La Cour de céans ne voit pas d'argument pour s'écarter de cette appréciation. En particulier, les observations du détective privé, qui n'est pas médecin, ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire. Par ailleurs, la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par l'intimée, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion préalable de l'intimée doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Il résulte de ce qui précède que le taux d'atteinte à l'intégrité de 30% doit être retenu.

Par conséquent, la décision litigieuse sera annulée en tant qu'elle ne retient aucune atteinte à l'intégrité.

11. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

Selon l'art. 7 OPGA, le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à l'intégralité de la prestation (al. 3).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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).

En l'espèce, la recourante a fait valoir son droit à une IPAI le 2 février 2009 et le droit à cette indemnité est né le 17 mars 2009, soit à la fin du traitement médical, de sorte que la recourante a droit à un intérêt moratoire de 5% dès le 17 mars 2011 sur le montant de cette indemnité.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse partiellement annulée dans le sens que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, majorée d'un intérêt moratoire de 5 % l'an dès le 17 mars 2011.
13. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 3'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet partiellement le recours.
3. Annule partiellement la décision sur opposition du 28 septembre 2010 en tant qu'elle nie le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. Dit que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, majorée d'un intérêt moratoire de 5 % l'an depuis le 17 mars 2011.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 3'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Nancy BISIN

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