RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2124/2003 **ATAS/875/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 23 septembre 2005

En la cause

Madame L_____, mais comparant par Maître POGGIA Mauro en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante
contre	
BALOISE ASSURANCES, ayant son siège Aeschengraben 21 à Bâle, mais comparant par Maître GROSJEAN Christian en l'Etude duquel elle élit domicile	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après la recourante), née le 9 février 1971, est au bénéfice d'un CFC d'esthéticienne. A compter du 15 mars 1994, elle a travaillé en tant que secrétaire dans l'entreprise de son beau-père, Monsieur L_____ (ci-après l'employeur). Dès cette date, elle a été assurée auprès de LA BÂLOISE, COMPAGNIE D'ASSURANCE (ci-après l'intimée), contre le risque accidents. Le 26 mars 1994, la recourante a fait une chute dans les escaliers et s'est blessée aux vertèbres cervicales.

2. Par courrier du 18 septembre 1996, l'employeur a fait parvenir à l'intimée une déclaration d'accident datée du 30 juillet 1996 concernant la recourante. Le Dr J. DE BLONEY, chirurgien FMH, lui avait prodigué les premiers soins et elle avait ensuite été suivie par le Dr A_____.

3. Dans un formulaire de rapport médical initial LAA du 22 mai 1997, le Dr J. DE BLONEY dit avoir diagnostiqué une fracture de la clavicule droite et estimé l'incapacité de travail à 100% du 6 avril au 1er juin 1994, le traitement ayant pris fin le 31 mai 1994.

4. Dans un formulaire de rapport médical initial du 30 mai 1997, le Dr A_____ a indiqué qu'il avait vu la recourante pour la première fois le 16 janvier 1995 et qu'il était pour cette raison dans l'incapacité de répondre au questionnaire relatif à l'accident du 26 mars 1994. Il avait vu sa patiente pour la dernière fois le 4 février 1997 et n'avait pas d'informations quant à son aptitude au travail depuis lors. Il a diagnostiqué des cervicalgies chroniques secondaires à des traumatismes de la colonne cervicale et a estimé que la recourante était en incapacité totale de travail à partir du 16 janvier 1995.

5. Dans un rapport du 24 janvier 1999, la Dresse B_____ a indiqué que la recourante présentait un état de fatigue intense et perte d'appétit, des malaises avec vertiges et sensations d'évanouissement. A une reprise, peu après s'être levée, elle avait chuté avec perte de connaissance brève. Depuis, elle se plaignait de fréquentes céphalées à début frontal, de vertiges avec perte d'équilibre, de nausées, troubles visuels et de la concentration, troubles mnésiques et d'acouphènes à gauche. Le médecin n'excluait pas une cause psychogène quant à l'étiologie de l'état de fatigue et d'amaigrissement. Le médecin ne s'exprimait pas sur la relation avec la capacité de travail de la recourante.

6. Sur mandat de l'intimée, la recourante a été examinée le 24 septembre 1999 par le Prof. D_____ et le Dr C_____ de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après PMU) qui ont rendu leur rapport d'expertise le 9 novembre 1999. Les médecins ont noté que la recourante avait eu deux accidents précédant celui du 26 mars 1994, soit un accident de moto et un de voiture en 1991, touchant la ceinture scapulaire et ensuite associés ou non à un

traumatisme crânien. Ils ont observé un contraste entre l'évocation de complications de longue durée très dérangeantes et l'attitude générale d'une patiente vive, alerte et menant une vie assez active et indépendante, pratiquant notamment des activités qui nécessitaient beaucoup d'attention, telles que conduire un véhicule, monter un cheval et faire du squash. Les symptômes de longue durée présentés par la recourante suite aux accidents de 1991 avaient pratiquement disparu avant la chute de 1994. Les médecins ont diagnostiqué des malaises vasovagaux probables et des céphalées tensionnelles, et ont relevé qu'aucune mesure thérapeutique n'était en mesure d'améliorer les symptômes qui restaient gênants pour la recourante et étaient à l'origine d'un degré léger d'invalidité de 20%. L'invalidité était causée par l'apparition de céphalées lors de travail sur écran rendant le travail d'employée de bureau difficile, mais également par des troubles de la mémoire. Il était difficile de pronostiquer si cette invalidité était définitive et les médecins pensaient qu'elle devrait plutôt aller vers une lente amélioration.

7. Suite à une demande de complément d'information du médecin-conseil de l'intimée datée du 14 décembre 1999, le Prof. D_____ et le Dr C_____ ont expliqué que l'invalidité citée dans le rapport d'expertise était à comprendre dans le sens d'une incapacité de travail et le taux de 20% avait été fixé en tenant compte d'une valeur moyenne jugée sur l'anamnèse. En effet, la recourante présentait à certains moments une incapacité de travail de l'ordre de 50% lors d'épisodes de malaise ayant tendance à s'espacer dans le temps, et à d'autres moments, son incapacité de travail semblait nulle. L'incapacité de travail intermédiaire de la recourante était donc de 20% et serait à reconsidérer dans une année.

8. Par courrier du 14 février 2000 à l'employeur, l'intimée a exposé qu'elle prenait en charge l'incapacité de travail de la recourante à hauteur de 20%, suivant les renseignements fournis par le Prof. D_____ et le Dr C_____. Les prestations débuteraient au 1er septembre 1995 étant donné qu'une autre compagnie était intervenue jusqu'à cette date, selon un courrier de l'employeur du 18 septembre 1996. Au surplus, l'intimée a notamment imputé le retard dans le traitement du dossier au fait que le cas lui avait été déclaré plus de deux ans après sa survenance et parce qu'elle n'avait pas obtenu de rapport médical initial, ni aucune facture ou pièce médicale en relation avec le cas. Par ailleurs, les rapports médicaux qu'ils avaient reçus ne renseignaient pas sur une affection justifiant encore une incapacité de travail depuis l'accident.

9. Dans sa réponse du 13 mars 2000, la recourante, représentée par Me Mauro POGGIA, a indiqué contester formellement la position de l'intimée. Ainsi, le cas lui avait été déclaré téléphoniquement en septembre 1995 déjà et les prestations versées par un autre assureur étaient largement inférieures au salaire assuré. Quant à son état de santé, il ne lui permettait pas de pratiquer l'équitation ou le squash, car elle ressentait ensuite des douleurs dans la nuque et l'épaule et avait des

migraines. Son incapacité de travail était supérieure à 20% dans la mesure où ses troubles de la mémoire et de la vue l'handicapaient sérieusement dans son travail. Elle devait passer plusieurs jours consécutifs au lit et avait régulièrement de violentes migraines.

10. Le 7 mars 2001, la recourante a été victime d'un nouvel accident de la circulation, alors qu'elle avait tenté une reprise du travail depuis le 1er janvier 2001.

11. Par courrier du 4 avril 2001, la recourante a fait parvenir à l'intimée une attestation des HUG du 2 mars 2001 indiquant qu'elle avait été suivie à la consultation ambulatoire de la clinique de rééducation des HUG du 16 janvier 1995 au 8 août 1996. La recourante avait été suivie par le Dr A_____ pendant toute la durée de sa prise en charge par les HUG et sa capacité de travail avait été considérée comme nulle. Le dernier certificat médical en possession des HUG datait du 1er mars 1996.

12. Par courrier du 11 juillet 2001, l'intimée a confirmé à la recourante la prise en charge du cas et indiqué qu'il restait à déterminer le montant des prestations dues suite à l'accident du 26 mars 1994. Bien que l'intimée ne fût pas en possession d'un rapport de la clinique de Carouge dans laquelle la recourante avait été amenée lors de sa chute du 26 mars 1994, elle admettait qu'une incapacité de travail totale était en vigueur jusqu'à la consultation du 6 avril 1994 chez le Dr J. DE BLONEY, lequel avait admis une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 mai 1994, date à laquelle il mentionnait que le traitement était terminé. La première consultation aux HUG n'avait eu lieu que le 16 janvier 1995, comme l'attestait le certificat du Dr A_____. L'intimée exposait qu'en l'absence de suivi médical, aucune indemnité ne serait versée du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995. Par ailleurs, l'intimée relevait qu'elle ne possédait aucun certificat médical permettant de déterminer l'incapacité de travail au-delà du 4 février 1997, date de la dernière consultation aux HUG. Pour cette raison, l'intimée décidait d'appliquer le taux retenu dans l'expertise de la PMU, soit 20% d'incapacité de travail dès le 5 février 1997. L'intimée retenait ainsi les incapacités de travail suivantes : 100% dès le 29 mars 1994, 0% dès le 1er juin 1994, 100% dès le 16 janvier 1995 et 20% à compter du 5 février 1997. Une indemnité journalière de 65 fr. 75 (2'500 fr. x 12 ./. 365 à 80%) serait donc versée pour ces périodes.

13. Dans un courrier du 21 août 2001, l'assurance-accidents SWICA a informé l'intimée que la recourante avait subi le 9 novembre 1995 un examen auprès de son médecin-expert, le Dr E_____, dans le but de déterminer s'il existait une relation de causalité entre les troubles évoqués dans un rapport établi par la Dresse F_____ de la clinique de l'Arve en date du 13 janvier 1995, et les deux accidents des 7 avril et 12 octobre 1991 couverts par la SWICA. En outre, il avait été demandé à l'expert de se prononcer sur la question de l'atteinte à l'intégrité. Selon les conclusions de ce dernier, il n'y avait pas de relation de causalité entre les troubles dont souffrait la recourante depuis 1994 et les sinistres

susmentionnés, lesquels n'avaient entraîné aucune atteinte à l'intégrité. Une décision de refus de prise en charge des troubles en question avait été notifiée à l'assurée le 5 décembre 1995.

14. Dans un courrier du 17 janvier 2002, la recourante a rappelé à l'intimée que le certificat du Dr A_____ du 12 décembre 1995 mentionnait une incapacité de travail totale dès le 27 mars 1994. Dès lors, elle l'invitait à lui verser des indemnités journalières pour la période du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995.

15. Le 7 mars 2002, la recourante a fait remarquer à l'intimée que celle-ci lui avait versé des indemnités journalières sur une base de 20% dès le 5 février 1997, alors même que l'expertise médicale faisant état de ce taux n'était datée que du 9 novembre 1999. En conséquence de quoi, la recourante lui réclamait le versement sans délai du complément de 80% jusqu'au 31 octobre 1999.

16. Dans sa réponse du 22 mars 2002, l'intimée a relevé que les documents médicaux permettant de reconnaître une incapacité de travail résultant de l'accident du 26 mars 1994 étaient rares ou lacunaires et qu'elle avait sollicité en vain les médecins dont les noms lui étaient indiqués. Concernant la période du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995, l'intimée a indiqué qu'elle ne pouvait consentir à un complément d'indemnisation du fait qu'elle ne savait pas par qui la recourante était soignée.

17. Par courrier du 27 janvier 2003, la recourante a pris acte que l'intimée était disposée à prendre en charge une incapacité de travail totale du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995. Pour la période du 6 février 1997 au 9 novembre 1999, la proposition d'indemniser sur une base de 20% retenue par le rapport de la PMU du 10 novembre 1999 était insuffisante. S'il était vrai que la capacité de travail avait pu progressivement s'améliorer, il y avait eu néanmoins durant cette période un suivi médical par le Dr G_____, de sorte qu'il était proposé, par gain de paix, l'évolution suivante : 100% d'incapacité en 1997, 50% d'incapacité en 1998 et 20% d'incapacité en 1999. Pour la période du 10 novembre 1999 au 31 décembre 2000, la recourante était disposée à accepter 20% d'incapacité selon le rapport de la PMU. A partir du 1er janvier 2001, la recourante reconnaissait avoir repris une activité professionnelle et ne réclamait aucune perte de gain, même si sa capacité de travail n'était pas de 100%.

18. Dans sa réponse du 7 mars 2003, l'intimée a fait une contre-proposition. Par gain de paix, elle était disposée à admettre les taux d'incapacité suivants : 100% du 29 mars 1994 au 4 février 1997, 50% du 5 février 1997 au 31 décembre 1997, 20% du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1999. Selon l'intimée, cette ultime proposition était généreuse, puisqu'elle admettait une période d'incapacité de travail sans justification médicale entre le 1er juin 1994 et le 15 janvier 1995 et qu'elle différait l'application du taux retenu dans l'expertise.

19. La recourante a fait valoir le 25 mars 2003 que rien ne justifiait un taux de 20% depuis le 1er janvier 1998, alors que l'expertise auprès de la PMU datait du 10

novembre 1999. Tout au plus, pouvait-elle admettre un taux de 20% depuis le 1er janvier 1999, étant précisé que le taux d'incapacité de travail devrait rester de 100% en 1997, mais pourrait être réduit à 50% en 1998 par gain de paix. Ainsi, le taux d'incapacité de travail devrait être établi comme suit : 100% du 29 mars 1994 au 31 décembre 1997, 50% du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1998, et 20% du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2000.

20. Le 26 mai 2003, l'intimée a relevé que le courrier de la recourante du 25 mars 2003 reprenait les taux déjà précédemment exprimés et en a conclu que l'offre du 7 mars 2003 était rejetée. Dès lors, la recourante a indiqué qu'elle se baserait sur les éléments médicaux au dossier pour évaluer les taux d'incapacité de travail.

21. Après avoir constaté que les discussions en vue de trouver une solution transactionnelle avaient échoué, l'intimée a rendu une décision datée du 22 juillet 2003. Elle a expliqué que, selon les informations médicales en sa possession, elle pouvait admettre une incapacité de travail médicalement justifiée durant les périodes suivantes : 100% du 27 mars au 31 mai 1994, 100% du 16 janvier 1995 au 4 février 1997, 20% du 5 février 1997 au 31 décembre 2000. L'intimée a estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 19'440 fr., correspondant au taux d'invalidité de 20% (découlant du handicap résiduel résultant de la chute) appliqué au montant maximum du gain assuré en 1994, soit 97'200 fr. Il résultait du décompte d'indemnités journalières un solde de 2'548 fr. 90 en faveur de l'intimée.

22. La recourante a formé opposition en date du 18 août 2003. Elle a fait valoir que son incapacité de travail avait été totale du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995, car elle avait toujours été suivie médicalement par le Dr G_____ et qu'il n'y avait pas eu d'amélioration de son état de santé durant cette période. De plus, selon la recourante, l'intimée n'était pas autorisée à revenir sur ses propositions du 7 mars 2003. Concernant la période du 5 février 1997 au 9 novembre 1999, la recourante a allégué que son incapacité de travail était de 100% et non de 20%. En effet, le rapport de la PMU ne retenait pas d'effet rétroactif au taux d'invalidité de 20% et la recourante n'avait pas à subir les conséquences de la lenteur d'instruction du dossier dont l'intimée était exclusivement responsable. Au demeurant, la recourante considérait que l'intimée n'était pas autorisée à revenir sur sa proposition du 7 mars 2003 consistant à retenir une incapacité de 50% pour cette période. Par ailleurs, la recourante déclarait accepter les termes de la décision du 22 juillet 2003 concernant l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité et réservait ses droits quant au versement d'une rente d'invalidité sur laquelle la décision litigieuse ne se prononçait pas.

23. Le 1er septembre 2003, l'intimée a rendu une décision sur opposition, rejetant celle-ci. Concernant la période du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995, elle a allégué qu'il n'y avait pas de documentation médicale permettant d'octroyer des indemnités journalières durant cette période et qu'aucun rapport du Dr G_____

ne figurait au dossier. Pour ce qui était du taux d'invalidité pour la période du 5 février 1997 au 31 décembre 2000, le taux d'invalidité avait clairement été fixé à 20% par les experts de la PMU, lesquels parlaient d'incapacité de travail intermédiaire, et considéraient que la recourante présentait à certains moments une incapacité de travail de 50% et à d'autres moments une incapacité totale. L'intimée estimait qu'elle s'était montrée très généreuse en reconnaissant rétroactivement le taux de 20% retenu par les experts.

24. La recourante a formé recours le 1er novembre 2003, concluant à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser la somme de 15'114 fr. avec intérêts à 5% dès le 15 janvier 1995 et la somme de 53'222 fr. 40 avec intérêts à 5% dès le 9 novembre 1999. Elle a allégué qu'il appartenait à cette dernière de démontrer le rôle du Dr G_____ durant la période du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995, laquelle se situait entre deux périodes de totale incapacité de travail admises par l'intimée, de sorte qu'il était absurde de lui refuser des indemnités journalières pour les six mois intermédiaires. Un montant de 15'114 fr. lui était donc dû pour les 229 jours que comportait cette période. Pour la période du 5 février 1997 au 9 novembre 1999, la recourante a repris ses précédentes argumentations et conclu au versement d'une indemnité journalière de 52,80 fr. (66 fr. d'indemnités journalières – 13,20 fr. retenus par l'intimée) durant 1'180 jours.

25. Dans son mémoire de réponse du 8 décembre 2003, l'intimée, représentée par Me Christian GROSJEAN, a conclu au rejet du recours. Elle a préalablement noté que l'instruction du dossier avait été rendue difficile aux motifs que l'accident survenu le 26 mars 1994 n'avait été déclaré par courrier de l'employeur que le 18 septembre 1996, soit plus de deux ans et demi après les faits, qu'à la date de l'accident, la recourante n'avait pas été annoncée à la Caisse cantonale genevoise de compensation, que le salaire tel qu'il figurait dans la déclaration d'accident LAA et celui indiqué à la caisse cantonale genevoise de compensation divergeaient, que les conclusions de l'expertise du 9 novembre 1999 étaient basées sur les seules données anamnestiques de la recourante, et enfin que celle-ci n'avait produit aucun certificat médical suite à l'accident survenu le 26 mars 1994. Par ailleurs, aucune documentation médicale n'attestait d'une quelconque incapacité de travail de la recourante pour la période du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995. L'intimée a expliqué qu'elle s'était basée sur le rapport du 30 mai 1997 du Dr P.-A. A_____ pour lui reconnaître une incapacité totale de travail pour la période du 16 janvier 1995 au 4 février 1997. Quant à sa capacité de travail de 20% du 5 février 1997 au 31 décembre 2000, elle avait été établie sur la base de l'expertise du 9 novembre 1999. Au surplus, l'intimée a allégué qu'il fallait écarter les conclusions de la recourante visant au paiement d'intérêts moratoires, au motif que cette dernière assumait principalement la responsabilité du retard pris dans le traitement du dossier.

26. La recourante a répliqué le 27 février 2004. Elle a conclu préalablement à ce qu'une expertise médicale auprès de la PMU soit ordonnée afin de déterminer son

degré d'incapacité de travail du 5 février 1997 au 9 novembre 1999. Sur le fond, elle a repris les conclusions de son recours du 1er novembre 2003. Elle a notamment allégué qu'une première déclaration d'accident avait été adressée à l'intimée le 18 septembre 1995, mais que celle-ci l'avait égarée, raison pour laquelle elle lui avait envoyé une nouvelle déclaration le 31 octobre 1996 lorsqu'elle s'était inquiétée de rester sans nouvelles. Par ailleurs, elle a souligné que le Dr J. DE BLONEY n'avait pas pu affirmer que son traitement avait pris fin le 31 mai 1994, au motif qu'elle avait poursuivi le traitement à la clinique de Carouge avec la Dresse F_____, puis avec le Dr H_____. Concernant la période du 5 février 1997 au 9 novembre 1999, l'instruction du cas présentait une lacune, de sorte qu'il convenait d'ordonner une expertise auprès de la PMU sur cette question. Quant à la question des intérêts, la recourante répétait qu'elle n'était pas responsable du retard pris dans le traitement du cas.

27. L'intimée a dupliqué le 12 mars 2004 en persistant dans les conclusions de son mémoire de réponse du 8 décembre 2003. Elle a fait remarquer que l'employeur lui avait adressé une première déclaration d'accident LAA le 18 septembre 1996, puis une nouvelle déclaration le 31 octobre 1996. Par ailleurs, elle a confirmé que le rapport du Dr J. DE BLONEY établissait clairement que le traitement avait pris fin le 31 mai 1994.

28. Par courriers du 27 janvier 2005 adressés séparément, le Tribunal de céans a demandé aux Dresses G_____et F_____, aux Drs H_____, I_____ et A_____ et au Prof. D_____ de la PMU, d'indiquer à quelles dates ils avaient été consultés par la recourante, quels diagnostics ils avaient posé, si celle-ci présentait une incapacité de travail et, dans l'affirmative, à quel taux et depuis quelle date.

    Le 31 janvier 2005, le courrier du Dr. A_____ a été retourné au Tribunal de céans, l'intéressé ayant quitté Genève depuis 31 juillet 1999.

29. La Dresse J_____ a répondu le 30 janvier 2005. Elle a indiqué qu'elle avait soigné sa patiente essentiellement pour des affections médicales et gynécologiques et que celle-ci lui avait signalé le traumatisme du 26 mars 1994 lors d'une consultation du 16 mai 1994. Par la suite, la recourante l'avait consultée en date des 22 et 29 janvier 1999, et 9 février 1999 pour des problèmes qui semblaient liés à l'accident en question. Le médecin a précisé qu'elle avait effectué des examens et adressé sa patiente à la Dresse B_____ pour investigations complémentaires, laquelle avait probablement établi un lien entre le traumatisme et les céphalées et les syncopes survenues par la suite. Le médecin a indiqué avoir établi des certificats d'arrêt de travail à 100% du 22 janvier au 7 mars 1999.

30. Par courrier du 11 février 2005, le Dr H_____ a expliqué que la recourante avait subi un traumatisme de sa clavicule droite en avril 1994. Le diagnostic posé

à l'époque faisait état de suspicion de fissure de la clavicule. Il a indiqué avoir répondu en 1997 à une demande de rapport sur la base d'un dossier médical et il confirmait que la patiente était totalement incapable de travailler à partir du 1er juin 1994. Le 2 juin 1994, la patiente s'était présentée en urgence avec une appendicite aiguë, ce qui l'avait remise en arrêt de travail pour cause de maladie cette fois. Le médecin avait cessé de la voir après sa sortie de clinique.

31. Le Dr I_____L a exposé le 12 avril 2005 qu'il ne connaissait pas la patiente et n'avait jamais assuré son suivi médical.

32. Dans un courrier du 14 avril 2005, la Dresse F_____ a déclaré qu'elle avait vu la recourante pour la première fois le 28 octobre 1994, puis à trois autres reprises jusqu'à la fin de 1994, ainsi que le 6 janvier 1995. La Dresse F_____ a exposé avoir revu la patiente le 27 avril 1999 pour des symptômes divers attribués à une chute survenue au début 1999. Elle avait alors demandé un nouveau bilan radiologique que la recourante n'était jamais venue chercher. La Dresse F_____ avait posé les diagnostics suivants : status post fracture-luxation de l'articulation acromio-claviculaire droite, opérée, puis AMO (accident de la circulation avril 1991) ; status après wiplash, avec cervico-brachialgies bilatérales et migraines associées (accident de la circulation octobre 1991) ; syndrome cervico-dorsal avec céphalées et récidive des douleurs de l'épaule droite (chute dans les escaliers en mai 1994), avec un bilan radiologique normal. La Dresse F_____ a précisé avoir reconnu à sa patiente une incapacité de travail à 100% du 28 octobre 1994 au 6 janvier 1995, puis celle-ci avait été prise en charge ensuite en consultation externe de rhumatologie de l'Hôpital de Beau–séjour.

33. Par courrier du 10 mai 2005, le Prof. D_____ de la PMU a expliqué qu'il avait retenu une incapacité de 20% chez la recourante qui avait subi trois accidents, soit en avril et octobre 1991, et en mars 1994. Comme indiqué dans l'expertise, il était extrêmement difficile de se faire une idée précise des relations de cause à effet dans le parcours de cette dernière. En effet, les symptômes étaient de nature subjective, chez une personne dont l'anamnèse était parfois variable, ce qui s'expliquait compte tenu des nombreuses années écoulées depuis le premier accident. Les experts de la PMU avaient finalement conclu qu'il ne se justifiait pas médicalement de mettre la patiente au bénéfice d'une incapacité de travail juste avant le troisième accident, du fait que les plaintes issues des deux premiers accidents s'étaient progressivement amendées. Par contre, les experts avaient acquis la conviction que le troisième accident avait entraîné une souffrance de longue durée, en régression progressive, mais pas totalement disparue au moment de l'examen de la patiente en septembre 1999. Concernant la question de la date de début de l'incapacité de travail, le Prof. D_____ a indiqué qu'il lui était difficile de se prononcer compte tenu des difficultés mentionnées et décrites dans l'expertise, à savoir l'évolution sur la durée et les plaintes sans substrat organique démontrable. Ainsi, si l'on concluait *stricto senso* que le troisième accident était à

l'origine des plaintes de longue durée telles qu'évaluées, il fallait retenir la date du 26 mars 1994 au titre du début de l'incapacité de travail. Toutefois, selon le Prof. D_____, seul le médecin qui avait suivi la patiente durant les trois années après l'accident en question était en mesure de constater une évolution des symptômes et fixer le début de cette invalidité. La réponse appartenait donc à ce dernier, et le Prof. D_____ estimait qu'il lui était impossible d'être plus précis.

34. Par courrier du 8 juillet 2005, le Tribunal de céans a encore adressé une demande de renseignements au Dr G_____. Celui-ci a répondu le 21 juillet 2005 en indiquant que la recourante l'avait consulté du 17 décembre 1999 au 24 janvier 2005. Il avait posé le diagnostic de fibromyalgie et de cervicalgies chroniques dans un contexte après WHIPLASH syndrome (cou du lapin); l'incapacité de travail était de 100% depuis le 1er octobre 2001. Le Dr G_____ a joint une copie de son rapport à l'assurance-invalidité daté du 31 mai 2004, dans lequel il avait diagnostiqué des troubles associés au WISPLASH avec trouble de l'adaptation mixte anxio-dépressif avec somatisation. L'incapacité de travail était estimée à 100% depuis le mois de mars 2001.

35. Ces documents ont été transmis aux parties et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Dans le cas d'espèce, les faits déterminants ayant conduit à l'adoption de la décision litigieuse du 22 juillet 2003 remontent à l'accident du 26 mars 1994. Sur le plan matériel, le cas d'espèce reste donc régi par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA) dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Toutefois, en ce qui concerne la procédure, celle-ci ayant été introduite postérieurement au 1er janvier 2003, le cas d'espèce est régi par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

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

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56 et 60 LPGA.

5. Le litige porte sur le degré d'incapacité de travail de la recourante du 27 mars 1994 au 31 décembre 2000.

6. Conformément à l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

   L'art. 16 al. 2 LAA précise que le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.

   Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, à la suite d'une atteinte à sa santé physique et/ou psychique due à un accident, elle ne peut plus exercer son activité lucrative habituelle ou ne peut l'exercer de manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état de santé. Le degré d'incapacité de travail s'apprécie ainsi au regard de la diminution de la productivité de l'assuré dans sa profession actuelle, tant que l'on peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur d'activité sa capacité fonctionnelle résiduelle. La tâche du médecin consiste ainsi à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler ; en outre, les données médicales constituent un élément important pour déterminer

quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V p. 134, consid. 2 ; ATF 114 V p. 314 consid. 3c; ATF 105 V p. 158, consid. 1).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und

Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, dans la décision du 22 juillet 2003, l'intimée a reconnu à la recourante une incapacité totale de travail du 27 mars au 31 mai 1994 et du 16 janvier 1995 au 4 février 1997, puis de 20% du 5 février 1997 au 31 décembre 2000.

8. S'agissant de la première période d'incapacité de travail (du 27 mars au 31 mai 1994), laquelle n'est pas litigieuse, l'intimée s'est basée sur le rapport du Dr P.-A. A_____ du 12 décembre 1995 pour déterminer qu'elle débutait le 27 mars 1994, soit le lendemain de l'accident survenu le 26 mars 1994. La fin de la première période d'incapacité a été fixée sur la base du rapport du Dr J. DE BLONEY du 22 mai 1997, selon lequel le traitement avait pris fin le 31 mai 1994.

   L'intimée a retenu la seconde période d'incapacité de travail (du 16 janvier 1995 au 4 février 1997), en se fondant sur le rapport du 30 mai 1997 établi par le Dr P.-A. A_____.

9. S'agissant de la période entre les deux incapacités totales de travail reconnues par l'intimée, soit du 1er juin 1994 au 15 janvier 1995, force est de constater qu'aucune incapacité de travail justifiant l'octroi de prestations sur la totalité de la période n'a été établie. Contrairement aux allégués de la recourante, il appert que celle-ci n'a pas consulté le Dr G_____ durant cette période, mais bien après, soit le 17 décembre 1999 pour la première fois (cf. courrier du Dr G_____ du 21 juillet 2005).

   La Dresse F_____ a cependant confirmé avoir reconnu à l'assurée une incapacité à 100% du 28 octobre 1994 au 6 janvier 1995 par courrier du 14 avril 2005 adressé au Tribunal de céans. Il y a ainsi lieu d'admettre le droit à des indemnités du 28 octobre 1994 au 6 janvier 1995.

10. L'intimée a fixé à 20% le taux d'incapacité de travail du 5 février 1997 au 31 décembre 2000. Elle s'est fondée sur le taux retenu par l'expert dans son rapport du 9 novembre 1999. Selon ce rapport au surplus, les quelques symptômes existant encore sont beaucoup plus légers et espacés. L'expert évoque à cet égard une lente amélioration.

    Il est vrai que la Dresse J_____ a indiqué une incapacité de travail à 100% du 22 janvier au 7 mars 1999 (cf. rapport établi en date du 5 mai 2004, à la demande de sa patiente).

Toutefois, selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109, consid. 3 b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3 b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées).

Les conclusions de la Dresse J_____ ne sauraient ainsi remettre en question celles, claires et bien motivées du rapport d'expertise, fondées sur un examen complet de l'assurée et établies en pleine connaissance de l'anmnèse, et qui remplit ainsi les exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante. Or, selon l'expert, il existe du 5 février 1997 au 31 décembre 2000 une incapacité de 20% seulement.

Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

A la forme :

2. L'admet partiellement en ce sens que le droit à des indemnités doit être reconnu du 28 octobre 1994 au 6 janvier 1995.

3. Le rejette pour le surplus.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Alain ACHER

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