RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/963/2005 **ATAS/1004/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 1er novembre 2006

En la cause

Madame LL_____, domiciliée , comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel AMAUDRUZ PERLY,	recourante
contre	
ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, sise avenue du Bouchet 2, GENEVE	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame LL_____, née en 1950 et ressortissante espagnole au bénéfice d'un permis d'établissement, a travaillé dès le 1er avril 1996 pour le compte de X_____, en tant qu'employée de maison, secteur nettoyage. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de l'ELVIA ASSURANCES (ci-après : ELVIA).

2. Le 14 juin 2001, elle a glissé sur le sol mouillé du parking souterrain de son employeur, puis elle est tombée sur le genou droit.

3. Le 18 juin 2001, l'employeur a déclaré l'accident à l'ELVIA.

4. Dans un rapport du 25 juin 2001, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a constaté une entorse du genou droit, une tuméfaction et une plaie. Il a diagnostiqué une entorse et un épanchement. Il a instauré un traitement anti-inflammatoire et une décharge du membre. Enfin, il a attesté une incapacité de travail entière du 15 au 17 juin 2001 et de 50% dès le 18 juin 2001.

5. En raison de la persistance de la tuméfaction du genou droit et de la présence de douleurs en fin de journée, l'assurée a consulté le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, qui, dans un rapport du 17 août 2001, a observé une tuméfaction et une limitation fonctionnelle en extension du genou droit. Il a diagnostiqué une contusion du genou droit et a attesté une incapacité de travail à 50% dès le 30 juillet 2001.

6. Le 27 août 2001, l'assurée a consulté le Dr C_____, rhumatologue, qui a constaté une tuméfaction globale du genou droit avec épanchement et, le 29 août 2001, a fait pratiquer une IRM du genou droit en raison d'une suspicion d'algodystrophie. Cet examen a uniquement révélé un hypersignal intraméniscal au niveau de la corne postérieure du ménisque interne compatible avec une dégénérescence mucoïde, sans déchirure associée.

7. Dans un rapport du 24 septembre 2001, le Dr C_____ a diagnostiqué un status post-contusion du genou droit avec épanchement persistant. Il a mentionné qu'il remettait la patiente à l'incapacité de travail de 100% dès ce jour.

8. Sur demande de l'ELVIA, le Dr D_____, chirurgien-orthopédique, a examiné l'assurée le 24 octobre 2001. Dans son rapport du 25 octobre 2001, l'expert a indiqué que, selon la patiente, lors de l'accident, elle était tombée lourdement sur ses genoux avec choc direct et torsion. A l'occasion de son examen, il a observé une nette déviation en valgus des membres inférieurs ainsi qu'une très vive douleur à l'interligne interne du genou droit. Au sujet de la lésion intraméniscale, il a estimé que l'appellation de dégénérescence mucoïde donnée par le radiologue pouvait être

source de doute, car les lésions intraméniscales de grade II pouvaient être confondues avec des atteintes dégénératives. Il a considéré que l'arthroscopie projetée donnerait plus de précision quant au diagnostic. Enfin, il a conclu que l'incapacité de travail était toujours justifiée.

9. Le 6 novembre 2001, le Dr E_____, chirurgien-orthopédiste et spécialiste en médecine du sport, a procédé à une arthroscopie du genou droit qui a permis de mettre en évidence une déchirure inférieure du ménisque interne, une chondropathie de stade I du condyle interne et une chondropathie de stade II du plateau tibial externe. Au vu de ses constatations, il a pratiqué une méniscectomie partielle de la corne postérieure interne.

10. Dans un rapport du 8 mars 2002, le Dr E_____ a indiqué qu'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit s'était déclarée en janvier qui provoquait des douleurs et une limitation de flexion. Il a précisé qu'une reprise du travail à 50% avait eu lieu le 4 mars 2002.

11. Dans un rapport du 4 juin 2002, il a exposé qu'en raison de l'état du genou droit, toujours gonflé et douloureux à la mobilisation, une reprise du travail à plein temps n'avait pas pu avoir lieu.

12. Une IRM du genou droit effectuée le 20 juin 2002 a mis en évidence la présence d'une petite encoche sur la surface inférieure de l'extrémité de la corne postérieure du ménisque interne. Un diagnostic différentiel de séquelle post-opératoire et de fissuration superficielle a été posé.

13. Le 20 août 2002, le Dr E_____ a procédé à une nouvelle arthroscopie du genou droit qui a révélé une déchirure inférieure de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie de stade II-III du condyle interne et du plateau tibial interne, enfin, une chondropathie de stade II du plateau tibial externe. En conséquence, il a pratiqué une méniscectomie de la corne postérieure restante et moyenne interne.

14. Dans un rapport du 11 novembre 2002, le Dr E_____ a fait état de gonalgies droites persistantes empêchant à l'époque toute reprise du travail et a constaté des symptômes de fibromyalgie.

15. Dans un rapport du 13 février 2003, le Dr F_____, chef de clinique adjoint au Département de médecine interne des "établissement hospitaire"a indiqué que la patiente souffrait depuis novembre 2002 de rachialgies diffuses irradiant dans les quatre membres, permanentes et augmentant à l'effort. Il a précisé qu'il avait observé, lors des examens des 13 et 31 janvier 2003, la présence de 12 points de fibromyalgie sur 18 et une discrète laxité ligamentaire du genou à droite. Il a posé le diagnostic de fibromyalgie et a débuté un traitement permettant d'améliorer la qualité du sommeil.

16. Une scintigraphie osseuse partielle a eu lieu le 12 février 2003 et a permis d'exclure une algo-neurodystrophie du membre inférieur gauche. Elle a mis en évidence un foyer hyperactif focalisé relativement intense et unique au condyle fémoral interne gauche compatible avec une éventuelle petite zone d'ostéonécrose.

17. Une IRM du genou gauche effectuée le 25 février 2003 a révélé l'existence d'un enchondrome dans la région métaphysaire distale du fémur.

18. Dans un rapport du 20 mai 2003, le Dr E_____ a estimé que la lésion du genou droit ne permettait pas pour l'heure de capacité de travail même partielle.

19. Le 25 juillet 2003, en tant que repreneur d'ELVIA, l'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE (ci-après : ALLIANZ) a mandaté le Dr G_____, chirurgien orthopédiste et spécialiste en traumatologie, pour expertiser l'assurée et statuer, notamment, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'accident de juin 2001 ainsi que sur l'évaluation de la capacité de travail.

20. Dans son rapport d'expertise du 9 septembre 2003, le Dr G_____ a diagnostiqué des douleurs résiduelles du genou droit, un status post-résection du ménisque interne droit, de discrets troubles dégénératifs du compartiment interne du genou droit et une fibromyalgie. Il a expliqué que l'accident du 14 juin 2001 avait entraîné une contusion et une distorsion du genou droit. Il a conclu à l'existence d'une relation de causalité probable entre les arthroscopies, la thrombophlébite intercurrente, les discrets phénomènes dégénératifs, les douleurs résiduelles au genou droit et la chute survenue le 14 juin 2001. En revanche, il n'a admis aucune relation possible entre ledit accident et la fibromyalgie qui jouait un rôle prépondérant dans les plaintes et l'impotence formulées par l'assurée. Il a estimé que l'accident du 14 juin 2001 avait mis en évidence une affection larvée, indépendante et liée au psychisme de la patiente. Il n'a reconnu aucune incapacité de travail dans la profession de femme de ménage compte tenu du bon état du genou droit et a considéré que cette occupation pouvait être assumée normalement malgré les discrets phénomènes dégénératifs débutants. Enfin, il a exposé que l'atteinte à l'intégrité du genou droit était au maximum de 10%.

21. Dans un rapport du 23 octobre 2003 adressé à l'avocat de l'assurée, le Dr E_____ a considéré qu'au vu des douleurs persistantes du genou droit, l'incapacité de travail due à l'accident s'élevait à 50%, alors que celle liée à la fibromyalgie était probablement de 100%.

22. Par décision du 19 décembre 2003, l'ALLIANZ a mis un terme au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge des frais de traitement dès le 1er octobre 2003. Elle a considéré que les constatations médicales ne permettaient plus d'admettre que l'accident de juin 2001 entraînait une incapacité de travail et que la prise en charge d'un éventuel traitement médical incombait à la caisse-maladie de l'assurée.

23. Le 14 janvier 2004, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a réclamé le versement à hauteur de 50% d'indemnités journalières, respectivement d'une rente d'invalidité, la prise en charge des frais médicaux dus à l'accident, enfin, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a soutenu que les conclusions de l'expert étaient contredites par le rapport du Dr E_____ daté du 23 octobre 2003 considérant que ses douleurs au genou droit étaient partiellement dues à l'accident du 14 juin 2001. Enfin, elle a estimé qu'il y avait lieu d'ordonner une expertise afin de déterminer si les problèmes dégénératifs débutants étaient des conséquences de l'accident et s'ils étaient destinés à s'accentuer.

24. Le 6 février 2004, dans le cadre d'une expertise requise par l'ALLIANZ en tant qu'assurance-maladie perte de gain, le Dr H_____, rhumatologue, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 9 février 2004, l'expert a diagnostiqué des séquelles d'une entorse du genou droit ayant entraîné une déchirure du ménisque interne, avec épanchement chronique, flexum et modification de l'axe de la jambe droite (valgum), un status après double arthroscopie du genou droit et un état dépressif réactionnel. Il a expliqué que l'état du genou droit empêchait la station debout prolongée, les mouvements en flexion du genou et le port de charges. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% sans pouvoir évaluer sa durée. Il a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité en position assise, mais avec la possibilité de bouger pour pouvoir soulager son genou. Il a exposé que le taux d'activité et le rendement possible devaient être définis par un stage d'évaluation. Enfin, il a précisé que, pour lui, ce cas relevait encore entièrement de l'assurance-accidents et que la patiente présentait probablement un état dépressif découlant des événements qui avaient suivi l'accident (difficulté du diagnostic, interventions chirurgicales multiples, conflit avec l'assurance-accidents, douleurs persistantes au niveau du genou).

25. Le 11 août 2004, l'ALLIANZ a mandaté le Dr I_____, psychiatre et psychothérapeute, pour expertiser l'assurée dans le but de statuer sur l'existence tant d'une atteinte psychique justifiant l'incapacité de travail de 100% que d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et le trouble psychique.

26. Dans son rapport du 18 août 2004, l'expert a décrit une personnalité peu combative, extrêmement sensible aux douleurs personnelles et ayant tendance à se croire inapte alors qu'elle n'avait qu'une petite atteinte du genou droit. Il a posé un diagnostic d'exagération symptomatique pour des motifs non médicaux (Z76.2). Il a expliqué que l'état dépressif réactionnel relevé par le Dr H_____ était en rémission et que des facteurs sociaux jouaient un rôle prépondérant dans la persistance des plaintes de l'assurée. Il a conclu à l'absence de séquelles psychiques en rapport avec l'accident du 14 juin 2001 et à l'absence d'incapacité de travail psychique.

27. Par décision sur opposition du 5 janvier 2005, l'ALLIANZ a rejeté l'opposition et a supprimé l'effet suspensif en cas d'éventuel recours. Elle a considéré qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assurée ne présentait pas de troubles psychiques

en rapport de causalité avec l'accident. De plus, elle a retenu que l'accident devait être qualifié de bénin ce qui, selon les règles jurisprudentielles, suffisait à exclure la causalité adéquate.

28. Le 22 février 2005, l'assurée a consulté le Dr J_____, neurologue, auquel elle s'est plainte de douleurs diffuses et variables sur les deux membres supérieurs, mais également au niveau de la région lombaire et de la région cervicale. Dans son rapport du 23 février 2005, ce spécialiste a fait état d'un examen clinique neurologique normal et s'est déclaré frappé par les nombreux points d'insertion douloureux chez la patiente. Il a émis l'impression que le traumatisme du genou avait entraîné une perte de l'équilibre corporel global qui pourrait bien expliquer les douleurs au niveau des nombreux points d'insertion musculaire.

29. Par acte du 6 avril 2005, l'assurée a formé recours contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut, principalement, sous suite de dépens, à l'octroi de prestations d'assurance au-delà du 1er octobre 2003 et pour une durée indéterminée, à la reconnaissance d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'incapacité de travail et l'accident du 14 juin 2001. Subsidiairement, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. La recourante soutient qu'il existe une relation de causalité entre l'accident et son incapacité totale de travailler pour le motif qu'avant son accident, elle n'avait jamais été en incapacité de travail, que, selon le Dr H_____, les séquelles de l'accident relevaient encore entièrement de l'assurance-accidents, enfin que, selon le Dr J_____, le traumatisme du genou avait entraîné une perte de l'équilibre corporel global expliquant les douleurs. De plus, elle relève de nombreuses contradictions contenues dans l'expertise du Dr G_____ qui ne lui reconnaît pas d'incapacité de travail tout en admettant que les douleurs résiduelles du genou droit sont en relation de causalité probable avec la chute du 14 juin 2001. A cet égard, elle invoque l'avis du Dr E_____ considérant qu'une incapacité de travail de 50% est due aux problèmes de son genou. En outre, elle conteste les conclusions de l'expertise du Dr I_____ estimant qu'en tant que psychiatre, il n'est pas compétent pour se prononcer sur la question du lien de causalité qui est plutôt du ressort de la rhumatologie. Enfin, elle expose que, dans la mesure où les deux experts ont été choisis par l'intimée, ils peuvent refléter un manque d'objectivité.

30. Dans sa réponse du 25 avril 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Elle soutient que l'expertise du Dr G_____ présente toutes les qualités requises pour qu'une pleine force probante lui soit reconnue. Sur cette base, jusqu'à la date de l'expertise, elle admet un rapport de causalité naturelle entre l'accident et l'état du genou de la recourante, respectivement les quelques douleurs résiduelles. Etant donné que l'expert estime que l'état du genou droit n'entraîne pas d'incapacité de travail, l'intimée considère qu'il n'existe plus de relation de causalité naturelle entre l'événement accidentel et les plaintes de l'assurée, à partir du moment de l'expertise orthopédique, voire à une date antérieure.

31. Le 26 avril 2005, le Tribunal a fixé à la recourante un délai au 20 mai 2005 pour lui faire parvenir sa réplique, délai qui n'a toutefois pas été utilisé.

32. Le 13 février 2006, le Tribunal a requis la production du dossier de l'intimée qu'elle n'avait pas spontanément joint à sa réponse.

33. Après réception du dossier médical de l'intimée, le Tribunal a imparti à la recourante un délai au 17 mars 2006 pour consulter ledit dossier au greffe et pour faire part de ses observations, sans qu'elle ne fasse usage de ce délai.

34. Le 21 septembre 2006, l'intimée a transmis au Tribunal une déclaration d'accident concernant la recourante faisant état d'une activité de couturière auprès du FOYER X_____ à raison de 40 heures par semaine et d'un travail effectué pour la dernière fois le 4 juillet 2006. En outre, l'intimée a précisé que, selon les renseignements obtenus auprès de l'employeur, cette activité était exercée depuis le 1er avril 2005 pour un salaire plus élevé que celui d'employée de maison. Elle a relevé que la période litigieuse devant le Tribunal ne concernait que la période du 1er octobre 2003 au 31 mars 2005.

35. Le 26 septembre 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a gardé la cause 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. 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le

plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1er octobre 2003 et l'essentiel des faits déterminants est postérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. En l'espèce, la décision sur opposition a été reçue par la recourante le 6 janvier 2005 et les délais sont suspendus du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA), soit, en 2005, du 20 mars au 3 avril. En effet, la réglementation de la suspension des délais selon l'art. 38 al. 4 LPGA s'applique également à un délai fixé en mois (ATFA non publié du 26 août 2005, U 268/03, consid. 4.3 à 4.7). En conséquence, le recours du 6 avril 2005 a été formé en temps utile dans le délai courant du 7 janvier 2005 au 21 avril 2005. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer, dès le 1er octobre 2003, le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge des frais de traitement de la recourante.

6. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive de sorte qu'elle conduit à un traitement

médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

b) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 61 p. 29; ATFA non publié du 18 juillet 2005, U 188/04 consid. 5.1).

c) Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié du 8 octobre 2004, U 193/03, consid. 3).

d) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD, op. cit., ch. 141).

7. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré

et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, op. cit., ch. 39).

c) En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s. consid. 6c/aa et bb et 409 s. consid. 5c/aa et bb).

8. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du

médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

9. a) Le refus de l'intimée de prendre en charge les frais de traitement et l'incapacité de travail dès le 1er octobre 2003 repose sur les expertises des Drs G_____ et I_____ qui concluent à l'absence d'incapacité de travail et de traitement mé-

dical en relation avec l'accident. Pour sa part, la recourante conteste la valeur probante tant du rapports d'expertise du Dr G_____ en raison des contradictions qu'il contient, que de celui du Dr I_____ parce que l'expert n'est pas compétent pour se prononcer sur la question du lien de causalité. En outre, elle relève que ces experts ont été choisis par l'intimée de sorte qu'ils sont susceptibles de manquer d'objectivité.

b) Dans son rapport d'expertise du 9 septembre 2003, le Dr G_____ a constaté une nette boiterie du côté droit à la marche, l'impossibilité de l'accroupissement, d'importantes douleurs lors de l'effleurement du genou ou des orifices d'arthroscopie, un genou calme avec bonne stabilité ligamentaire et absence d'épanchement intra-articulaire, enfin, la présence d'un état dépressif ainsi qu'un certain désarroi dû à l'évolution de son genou. Pour compléter son examen, il a effectué des radiographies des deux genoux qui n'ont pas révélé de signes d'arthrose objectivable, mais un allongement modéré des deux épines tibiales droites pouvant traduire la présence de discrets phénomènes dégénératifs. Il a exposé que, cliniquement, exception faite du discret empâtement du genou droit, il ne constatait rien de particulier. En conséquence, il a diagnostiqué des douleurs résiduelles du genou droit, un status post-résection du ménisque interne droit, de discrets troubles dégénératifs du compartiment interne du genou droit et une fibromyalgie. Quant au lien de causalité, il a conclu à l'existence d'une relation de causalité probable entre les arthroscopies, la thrombophlébite intercurrente, les discrets phénomènes dégénératifs, les douleurs résiduelles au genou droit et la chute survenue le 14 juin 2001. En revanche, il n'a admis aucune relation possible entre ledit accident et la fibromyalgie. Il a expliqué que la fibromyalgie tenait un rôle prépondérant dans les plaintes et l'impotence formulées par l'assurée et qu'elle les avait potentialisées de manière exagérée. Il a estimé que l'accident du 14 juin 2001 n'avait pas entraîné d'aggravation de facteurs étrangers, mais avait mis en évidence une affection larvée, indépendante et liée au psychisme de la patiente. Quant à l'incapacité de travail dans la profession de femme de ménage, il a considéré que, compte tenu du bon état du genou droit, cette occupation pouvait être assumée normalement malgré les discrets phénomènes dégénératifs débutants. Il a précisé qu'à son avis, l'incapacité de travail était en rapport avec la fibromyalgie. Enfin, il a ajouté qu'il n'avait pas de traitement médical à proposer et que l'état définitif était atteint pour le genou droit.

Ce rapport d'expertise se fonde sur un examen clinique et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. En effet, l'expert a indiqué que la patiente se plaignait toujours de douleurs invalidantes au genou droit ainsi que de douleurs généralisées et s'estimait incapable de reprendre, même partiellement, son activité professionnelle. Par ailleurs, ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical y compris radiologique. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son

point de vue, notamment en précisant que les plaintes de la patiente paraissaient exagérées comparées à l'état du genou droit qui semblait bon.

c) Dans son rapport d'expertise du 18 août 2004, le Dr I_____ a indiqué qu'il n'avait noté ni signes de la lignée psychotique, ni atteintes cognitives, affectives ou du contrôle impulsif, ni anxiété généralisée. En revanche, il a mis en évidence une personnalité peu combative, extrêmement sensible aux douleurs personnelles et ayant tendance à se croire inapte alors qu'elle n'avait qu'une petite atteinte du genou droit. En raison de ces petits traits de la personnalité provoquant une surcharge psychogène et fonctionnelle, il a posé un diagnostic d'exagération symptomatique pour des motifs non médicaux (Z76.2). Quant à la causalité, il a précisé que cette atteinte à la santé n'était pas même une conséquence possible de l'accident. En définitive, il a conclu à l'absence de séquelles psychiques en rapport avec l'accident du 14 juin 2001 et à l'absence d'incapacité de travail psychique.

Ce rapport d'expertise se base, d'une part, sur une anamnèse tant de l'accident que familiale et affective, socioprofessionnelle, psychiatrique, d'autre part, sur des tests psychologiques, un entretien avec la recourante ainsi que sur les plaintes qu'elle a exprimées. En effet, l'expert a indiqué que la patiente se plaignait de douleurs permanentes et de limitations fonctionnelles très importantes au genou droit ainsi que de douleurs générales à la marche, de fatigue le matin et de réveils nocturnes. En conséquence, le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical.

L'expert a expliqué qu'il n'avait pas posé de diagnostic d'un épisode dépressif au sens de l'ICD-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé, dixième révision), car il n'avait pas constaté la présence de deux des trois critères majeurs nécessaires. Il n'a pas davantage retenu de somatisation en l'absence de plaintes somatiques multiples et variables depuis au moins deux ans. Il n'a pas non plus diagnostiqué de syndrome douloureux somatoforme persistant, car la douleur avec sentiment de détresse n'était pas généralisée dans tout le corps, mais focalisée essentiellement au genou droit. En conséquence, il a décrit la situation médicale et a clairement motivé son appréciation.

L'expert s'est également exprimé sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail, sur la capacité de travail exigible ainsi que sur le lien de causalité entre l'état psychique et l'accident. En outre, il a dûment motivé son point de vue en exposant qu'avant l'accident, l'assurée ne présentait pas ouvertement de troubles psychiques, mais que celui-ci avait mis en exergue sa vulnérabilité psychique et que les suites de la consolidation avaient formé un terrain favorable à l'expression d'une surcharge psychogène provenant tant d'une prédisposition psychique que de facteurs socio-environnementaux.

d) En définitive, ces deux rapports d'expertise remplissent toutes les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/ee).

10. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions des Drs G_____ et I_____.

L'appréciation du Dr E_____ retenant une incapacité de travail de 50% due aux séquelles du genou droit ne jette aucun doute sur l'appréciation de l'expert dès lors qu'elle n'est pas motivée. De plus, ce médecin n'explique pas pour quelle raison, en octobre 2003, il a modifié son appréciation de mai 2003 dans laquelle il estimait que le genou droit de la recourante entraînait une incapacité de travail de 100% alors que le diagnostic de fibromyalgie avait déjà été posé. Ce brusque changement d'évaluation de l'incapacité de travail, de surcroît non motivé, ne peut, sans de plus amples explications, emporter la conviction du Tribunal. On rappellera, en effet, qu'il convient de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans un rapport médical, en particulier lorsque sont mis en évidence des facteurs limitatifs à la capacité de travail d'un assuré.

Comme le relève avec raison la recourante, la reconnaissance par le Dr G_____ d'une pleine capacité de travail dans l'activité de femme de ménage ne concorde pas avec ses constatations faisant état d'une marche avec nette boiterie du côté droit et d'une impossibilité à s'accroupir. En effet, l'activité de femme de ménage implique la réalisation d'un travail debout avec appui sur les deux membres inférieurs donc sur les genoux et des accroupissements occasionnels. En conséquence, son appréciation de la capacité de travail ne tient manifestement pas compte des impératifs de l'activité d'une femme de ménage. Il est vrai que l'expert a motivé son appréciation d'une pleine capacité de travail, d'une part, par le bon état du genou droit en expliquant que les discrets phénomènes dégénératifs débutants ne l'empêchaient pas d'assumer normalement l'activité de femme de ménage, et d'autre part, par la présence d'une fibromyalgie non assurée en rapport avec l'incapacité de travail. Or, le Dr H_____ n'a pas diagnostiqué de fibromyalgie de sorte que la justification de l'expert quant à son appréciation d'une pleine capacité de travail n'est plus totalement pertinente. Toutefois, le Dr G_____ précise que l'assurée a une pleine capacité de travail dans une activité plus légère, en position assise ou semi-assise, sans port de lourdes charges tels que travaux de petite mécanique, assemblage de pièces ou travaux de contrôle en usine/atelier, billetterie dans un cinéma ou autres salles de spectacle, travaux de couture. En conséquence, il admet que la recourante a en tout cas une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Pour sa part, dans son rapport du 9 février 2004 relatif à l'expertise mise en œuvre dans le cadre de l'assurance-maladie perte de gain, le Dr H_____ a considéré que la patiente présentait une incapacité de travail de 100% pour une durée ne pou-

vant pas être évaluée en raison de l'état du genou droit qui empêchait la station debout prolongée, les mouvements en flexion du genou et le port de charges. Il a précisé, d'une part, que la recourante pouvait exercer une activité en position assise, mais avec la possibilité de bouger pour pouvoir soulager son genou, d'autre part, que le taux d'activité et le rendement possible devraient être définis par un stage d'évaluation. Il a expliqué que la patiente ne souffrait pas de fibromyalgie, car elle ne présentait que six points douloureux sur dix-huit et il en a déduit qu'elle souffrait toujours des séquelles de son accident. En outre, il a estimé que la patiente présentait probablement un état dépressif découlant des événements qui avaient suivi l'accident, à savoir la difficulté du diagnostic, les interventions chirurgicales multiples, le conflit avec l'assurance-accidents, les douleurs persistantes au niveau du genou.

Il ressort de son rapport d'expertise que, lors de son examen clinique, le Dr H_____ a constaté un genou droit enflé avec la présence d'un petit épanchement, une articulation en flexum de 5° non réductible, une mobilisation douloureuse du genou, une marche en boitant avec appui sur l'extérieur du pied droit qui entraînait une déformation de la cheville et une déviation de l'axe du tibia en valgum.

Les constatations du Dr H_____ ne concordent pas avec celles que le Dr G_____ a faites cinq mois auparavant puisque celui-ci n'a pas observé de flexum et de modification de l'axe de la jambe droite. En effet, dans son rapport d'expertise, le Dr G_____ a indiqué que les axes des membres inférieurs étaient en ordre. Toutefois, le rapport d'expertise du Dr H_____ ne contient aucune mesure des membres inférieurs, de leurs axes, de l'importance de la déviation, enfin, de la flexion/extension du genou qui permettrait de vérifier ses conclusions. De plus, le Dr H_____ ne motive en rien son appréciation relative à l'origine traumatique de la modification de l'axe, alors qu'une motivation s'imposait d'autant plus dans ce cas que la recourante n'a pas subi de fracture et que ce valgum peut également être d'origine congénitale. Au demeurant cette divergence n'a pas d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail puisque le Dr H_____ admet que la recourante a une capacité résiduelle de travail en position assise qu'il n'a toutefois pas chiffrée, au contraire du Dr G_____ qui l'a évaluée à 100%. Bien que les opinions rapportées divergent, de telles différences ne justifient cependant pas d'écarter le rapport d'un médecin au profit de celui d'un autre, tous les éléments collectés contenant des informations exploitables et pertinentes pour la résolution du cas (cf. ATFA non publié du 18 avril 2006, U 243/05, consid. 3.1). En effet, force est de constater que les appréciations des Drs G_____ et H_____ concordent quant à l'existence d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée et de plus se complètent, puisque le Dr G_____ estime que le taux de la capacité de travail dans une telle activité est de 100%.

En outre, le Tribunal ne voit pas en quoi la spécialisation du Dr I_____ permet de lui dénier toute compétence pour se prononcer sur la question du lien de

causalité et de contester ses conclusions. En effet, la problématique du lien de causalité naturelle se pose tant pour les maladies psychiques que physiques, de sorte que, contrairement à ce qu'affirme la recourante, elle n'a pas à être examinée exclusivement par un rhumatologue. A cet égard, il n'est pas envisageable qu'un rhumatologue tranche la question du lien de causalité entre une affection psychique et un accident, car, il ne serait pas considéré comme un spécialiste reconnu et son rapport d'expertise n'aurait pas de valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

La recourante estime également que, dans la mesure où les deux experts ont été choisis par l'intimée, ils peuvent faire preuve d'un manque d'objectivité. Cet argument n'est pas pertinent dès lors qu'il méconnaît la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3) précisant que l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est pas son origine, mais son contenu. Or, pour admettre la valeur probante des rapports des Drs G_____ et I_____, le Tribunal a examiné leur contenu et n'a pas constaté l'existence de conclusions non pertinentes motivées par un manque d'objectivité.

Pour le seul motif qu'avant l'accident, elle n'avait pas connu d'incapacité de travail, la recourante soutient également qu'un rapport de causalité naturelle doit être admis entre son incapacité de travail et l'accident du 14 juin 2001. On ne saurait souscrire à ce point de vue, car l'argumentation de la recourante reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Selon la jurisprudence, c'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Quant au rapport du Dr J_____ du 23 février 2005, il est postérieur à la décision sur opposition du 5 janvier 2005. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). En conséquence, il n'y a pas lieu de prendre en considération ce rapport dans la présente procédure.

11. En conséquence, il n'existe aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute tant les conclusions du Dr G_____ en tant qu'il retient l'existence d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée que celles du Dr I_____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Enfin, la recourante estime qu'une expertise pluridisciplinaire doit être mise en oeuvre. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se

fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées).

En l'espèce, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre au Tribunal de statuer sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles entraînant encore une incapacité de travail, sans devoir mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

12. Dans le domaine de la LAA, l'incapacité de travail est toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude à accomplir le travail exigible à la place actuelle de travail, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). Le degré de l'incapacité de travail est en conséquence fixé eu égard à l'activité exercée jusqu'ici pour autant qu'on ne puisse pas raisonnablement exiger de la part de l'assuré qu'il mette en pratique sa capacité résiduelle de travail dans une autre activité. (ATFA non publié du 20 décembre 2004, U 242/04, consid. 3.1). En cas d'incapacité de travail de longue durée ou aussitôt qu'il apparaît clairement que la reprise de l'activité exercée jusqu'ici n'entre plus en considération, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage - qui est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités), qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. La jurisprudence considère comme approprié un temps d'adaptation compris entre trois et cinq mois, tel qu'il découle de la pratique (ATF 111 V 239 consid. 2a; RAMA 2000 n° KV 112 p. 123 consid. 3a).

En l'espèce, lors de l'expertise du Dr G_____ du 9 septembre 2003, la recourante présentait une incapacité de travail d'un taux variable depuis le 15 juin 2001, soit depuis 27 mois, remplissant manifestement les conditions d'une incapacité de travail de longue durée. Etant donné que, lors de son examen, l'expert a admis une capacité de travail entière dans une activité adaptée, il y a lieu de considérer que la recourante disposait d'un délai approprié de cinq mois, à savoir jusqu'à fin février 2004 pour mettre en pratique sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. En conséquence, il convient de prolonger le droit de la recourante à bénéficier d'une indemnité journalière calculée jusqu'au terme du délai approprié d'adaptation, soit jusqu'au 29 février 2004 y compris, et tenant compte d'une incapacité de travail de 50% en rapport de causalité avec le genou droit. Pour le surplus, c'est à bon droit que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'acci-

dent et l'atteinte à la santé psychique. Eu égard à l'absence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire d'examiner la question de la causalité adéquate.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour calcul des prestations dues. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule les décisions de l'ALLIANZ des 19 décembre 2003 et 5 janvier 2005.

3. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul de l'indemnité journalière due du 1er octobre 2003 au 29 février 2004 sur la base d'une incapacité de travail de 50%.

4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.

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).

Le greffier La Présidente :

Walid BEN HAMER Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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