

GE_GERICHTE A/336/2007 vom 5. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_336_2007

FR: GE_GERICHTE A/336/2007 du 5 août 2008

IT: GE_GERICHTE A/336/2007 del 5 agosto 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.08.2008
A/336/2007

A/336/2007 ATAS/846/2008 du 05.08.2008 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/336/2007
ATAS/846/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 1 du 5 août 2008 En la cause Madame N_____, domiciliée à VERSOIX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître RUDERMANN Michael
recourante contre MOBILIERE SUISSE, Société d'assurances SA, sise Bundesgasse 35 à
BERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GRUMBACH Philippe
intimé EN FAIT Madame N_____, a été victime d'un accident de la circulation en
date du 1er octobre 2002. Elle a subi une fracture per-trochantérienne du fémur gauche, une
fracture du cinquième métacarpien gauche ainsi qu'un traumatisme crâno-cérébral. Selon un
courrier du 12 juillet 2003 du médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en
chirurgie orthopédique, la fracture du fémur a été traitée par une prothèse totale de hanche à
l'hôpital de Berne. Il ressort des attestations du médecin traitant à l'assurance-accidents que
l'assurée a été en incapacité de travail à 100 % du 1er octobre 2002 au 2 mars 2003, puis à
des pourcentages variant entre 50 et 100 % du 3 mars 2003 à ce jour. L'assurance-accidents
a confié, en date du 2 septembre 2004, une expertise au Dr B_____, spécialiste FMH
en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 2 décembre 2004, l'expert a conclu,
d'entente avec le médecin traitant, que la patiente avait une capacité de travail de 75 % à
partir du jour de son examen, à savoir dès le 15 novembre 2004. Par décision du 17 janvier
2005, l'assurance-accidents a réduit l'indemnité journalière à 25 % dès le 1er janvier 2005.
Dans un courrier du 7 février 2005, le Dr A_____ a indiqué que, s'il avait
effectivement évoqué la possibilité d'augmenter la capacité de travail à 75 %, il devait
revoir sa position en raison de l'augmentation des douleurs de sa patiente constatée lors de
la consultation du 17 janvier 2005 et maintenir la capacité de travail à 50 %. Par courrier du
21 février 2005, l'assurée s'est opposée à la décision de l'assurance précisant que la capacité
de travail n'avait jamais dépassé 50 %. Le médecin traitant avait en effet constaté que le
matériel d'ostéosynthèse était devenu douloureux et qu'il fallait se rallier à l'avis du Dr
B_____ s'agissant de l'ablation du matériel. L'assurée a été hospitalisée du 16 mars au
21 mars 2005 pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, à savoir d'une plaque crochet et
de deux câbles. Par courrier du 11 avril 2005, le Dr B_____ a indiqué qu'il paraissait
raisonnable d'admettre que l'incapacité de travail de 50 % au moment de son expertise
s'était prolongée à ce même taux jusqu'à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et qu'elle
était à nouveau en arrêt de travail complet dès l'opération. Par décision du 19 avril 2005,
l'assurance-accidents a admis l'opposition de l'assurée. Le taux d'incapacité de travail de
celle-ci était fixé à 50 % du 1er janvier 2005 au 15 mars 2005 et à 100 % dès le 16 mars au
2005 pour une durée indéterminée. Par courrier du 7 novembre 2005, le Dr A_____ a

indiqué qu'en raison de la persistance des douleurs à l'effort, de l'impossibilité à l'appui monopodal et d'une insuffisance globale des fessiers, l'évolution était redevenue défavorable. L'augmentation progressive de la capacité de travail à 50 % pourrait se discuter d'ici la fin de l'année. Une reprise au-delà de 50 % lui semblait difficile, la patiente était limitée de manière importante dans son périmètre de marche et ne pouvait porter de charge en raison de l'utilisation d'une canne pour se déplacer de manière définitive. En date du 25 janvier 2006, le Dr B _____ a procédé à un nouvel examen clinique de l'assurée. Dans son rapport d'expertise du 6 février 2006, il a posé les diagnostics de status après fracture du col fémoral gauche et fracture trochantérienne traitée par prothèse totale et cerclages itératifs pour amener la pseudarthrose à consolidation, et de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse. Selon lui, les douleurs trochantériennes étaient certainement dues à une irritation du fascia lata qui frottait le grand trochanter et qui a produit la bursite relativement peu importante constatée à l'échographie laquelle pouvait expliquer les douleurs ressenties par la patiente. La prothèse était en place et les fractures étaient consolidées. Il soupçonnait le diabète dont souffre l'assurée d'être responsable d'une polynévrite et par conséquent de l'instabilité à la marche. Il a conclu à une incapacité de travail de 50 % dès le 6 février 2006. Il lui paraissait par ailleurs indispensable que l'assurée soit contrôlée par un diabétologue et probablement par un neurologue pour pouvoir déterminer quelles étaient les séquelles dues au diabète et celles dues aux troubles post-traumatiques. Il a considéré que la patiente souffrait d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique mais il lui paraissait prématuré de fixer une atteinte à l'intégrité. En date du 7 avril 2006, l'assurance-accidents a indiqué qu'elle considérait l'assurée capable de travailler à 50 % dès le 6 février 2006 et a réduit les indemnités journalières en conséquence. Le rapport du Dr B _____ a été communiqué au Dr A _____ lequel a, en date du 1^{er} mai 2006, indiqué qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr B _____ s'agissant du signe de Trendelenburg et que, selon lui, ce signe était positif ce qui signifiait une insuffisance des muscles fessiers. Cette insuffisance était due à la fracture et aux traitements chirurgicaux itératifs et non à une atteinte diabétique. Par ailleurs, la bursite résiduelle était petite et ne pouvait expliquer les plaintes de la patiente. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 6 février 2006. L'avis du Dr A _____ a été transmis au Dr B _____ qui, par courrier du 29 mai 2006, a maintenu son appréciation. Il a rappelé qu'un contrôle par un neurologue spécialisé aurait permis de clarifier l'incertitude quant à la présence d'une polynévrite diabétique. L'assurée a été examinée le 12 juin 2006 par la Dresse C _____, spécialiste FMH en neurologie, laquelle a adressé un rapport au médecin traitant le 13 juin 2006. Elle a conclu que l'assurée souffrait de douleurs invalidantes en profondeur de la face latérale de la hanche gauche, d'allure strictement mécanique. Le déclenchement des douleurs par la palpation locale et la mobilisation de la hanche et leur activation par la charge du membre inférieur gauche constituaient des éléments en faveur d'une origine non neurologique. L'examen neurologique n'offrait aucun élément formel en faveur d'une souffrance radiculaire lombo-sacrée ou neuropathique locale. Elle a relevé un signe de Trendelenburg positif à gauche qui, en l'absence d'atteinte parétique au testing segmentaire du moyen fessier et de l'absence de signes de dénervation aiguë et/ou de restructuration neurogène chronique de même muscle parlait contre une origine neurologique. Elle se posait alors la question d'une certaine désaxation du membre inférieur gauche à l'origine de ce déséquilibre du bassin. Sur le plan neurologique, elle relevait les signes cliniques et électrophysiologiques d'une polyneuropathie sensitivo-motrice et végétative probablement axonale. Cette atteinte était

probablement responsable d'une part de déséquilibre en orthostatisme, l'atteinte fonctionnelle invalidant de la marche lui apparaissait en relation avec l'instabilité du bassin qui, elle, n'avait aucune relation avec le diabète. Elle a retenu des douleurs proximales du membre inférieur gauche d'origine non neurologique primaire en tant que conséquence de l'atteinte initiale traumatique de la hanche gauche. Par courrier du 15 août 2006, le Dr A_____ a maintenu sa position concernant l'insuffisance des muscles fessiers à gauche en lien avec le traumatisme. L'avis de la neurologue a été transmis au Dr B_____ qui n'a pas modifié ses conclusions, selon son courrier à l'assurance du 11 septembre 2006. Par décision du 10 octobre 2006, l'assurance-accidents a refusé de verser rétroactivement des indemnités journalières à 100 %. Elle a confirmé sur opposition cette décision le 11 décembre 2006 considérant que l'assurée n'avait apporté aucun motif permettant de s'écarter des conclusions du Dr B_____ qui reconnaissait une capacité de travail de 50 % dès le 6 février 2006. En date du 25 janvier 2007, l'assurée recourt contre la décision précitée par devant le Tribunal de céans. Elle conteste l'avis du Dr B_____ en se fondant sur les avis des Drs A_____ et C_____ et relève qu'elle est toujours en incapacité de travail totale en raison de son accident. A l'appui de son recours, elle dépose notamment un rapport complémentaire de la Dresse C_____ qui confirme que la polyneuropathie relevée est à mettre en relation avec le diabète connu mais qu'elle est certainement sans lien avec les douleurs de la hanche gauche et non responsable d'une incapacité de travail. La neurologue précise avoir également relevé un signe de Trendelenburg gauche traduisant en une insuffisance fonctionnelle de la musculature fessière moyenne musculature qui permet l'abduction du membre inférieur et la stabilisation du bassin. L'électromyographie des muscles moyens et grands fessiers est normale de sorte qu'une origine neurologique ne peut être formellement retenue mais n'est pas exclue. Si tel devait être le cas, le mécanisme lésionnel reste inconnu également, mais doit être mis en premier lieu en relation avec la chirurgie et ses complications potentielles et non pas avec le diabète. Elle confirme que les douleurs sont d'allure strictement mécanique ce qui appuie l'hypothèse d'une composante orthopédique au tableau clinique. L'importance des douleurs et les limitations fonctionnelles secondaires aux douleurs et à l'instabilité du bassin justifient une incapacité de travail en tout cas partielle. La recourante sollicite l'ouverture des enquêtes et l'audition des Drs A_____ et C_____ et, le cas échéant, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans sa réponse du 6 mars 2007, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle considère en substance que l'expertise du Dr B_____ a pleine valeur probante et ne saurait être remise en question par les rapports des médecins traitants qui n'ont pas valeur d'expertise. Elle conteste également que le courrier de la Dresse C_____ du 8 janvier 2007 puisse être qualifié de rapport complémentaire dans la mesure où elle ne fait que proposer des explications d'ordre général relatif à la notion de signe de Trendelenburg sans qu'elle n'ait revu sa patiente dans l'intervalle. Elle rappelle enfin que selon la jurisprudence, il convient d'accorder plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation du médecin traitant. Lors de l'audience d'enquête du 17 avril 2007, le Dr A_____ confirme que l'on peut voir si le signe de Trendelenburg est positif ou non à l'examen clinique et que, s'agissant de la recourante, il est positif depuis septembre 2004. Il ne s'explique pas pour quelle raison le Dr B_____ n'est pas de son avis. Il persiste à dire qu'il avait constaté en septembre 2004 une insuffisance fessière à gauche, qu'il y a certes eu une amélioration après l'intervention de mars 2004, mais une aggravation ensuite. Il reconnaît avoir dit au Dr B_____ qu'une reprise de travail à 100 % serait envisageable mais l'évolution n'a pas été aussi

favorable que celle à laquelle il s'attendait. Il rappelle que la hanche a été opérée à trois reprises et que chaque intervention provoque un risque d'aggravation de la faiblesse musculaire. Les interventions sont directement liées à l'accident. Il voit sa patiente toutes les six à huit semaines, sa dernière consultation remonte au 6 février 2006. Contrairement au Dr B _____, il considère que la bursite est trop petite pour provoquer d'aussi importantes douleurs. L'affaiblissement musculaire à gauche n'est pas dû au diabète; il s'agit d'un problème strictement mécanique dû à l'accident. Il précise également que la cortisone est contre-indiquée chez les diabétiques et que les effets des ondes de choc sur une partie douloureuse du muscle à proximité de laquelle il y a une prothèse ne sont pas suffisamment connus. Il a pu constater un appui monopodal chancelant à droite, qui pourrait être dû au diabète, et à gauche une insuffisance de la musculature fessière, soit un signe de Trendelenburg positif. Il a évalué l'incapacité de travail de l'assurée à 100 % lors de sa consultation du 6 février 2006 en tenant compte du problème de la hanche à 50% et d'un second accident (fracture de côtes) survenu en Inde quelques jours auparavant. La Dresse C _____, entendue le même jour, déclare n'avoir vu qu'une seule fois l'assurée le 12 juin 2006. Elle a pu constater à l'examen clinique une instabilité du bassin à gauche, soit un signe de Trendelenburg positif. A son avis, le diabète n'est pas responsable du déhanchement. La patiente souffre de douleurs clairement mécaniques. Il est vrai qu'elle présente une atteinte neurologique en relation avec son diabète qui crée un certain déséquilibre en station debout fixe. Elle indique ne pouvoir fixer de taux d'incapacité de travail, dans la mesure où elle n'a vu la patiente qu'une seule fois, sans disposer d'aucun dossier médical. Elle se souvient en revanche qu'elle était très handicapée à la marche, raison pour laquelle elle avait indiqué à son mandataire qu'elle ne pouvait pas travailler à 100% mais seulement à temps partiel. La polyneuropathie n'entraîne en revanche pas d'incapacité de travail. Elle n'a pas le souvenir que l'assurée lui ait parlé d'un nouvel accident survenu au début 2006. Par courrier du 26 avril 2007, le Dr B _____ précise que la recourante lui avait indiqué qu'elle était tombée à Genève avant de partir et trois fois en Inde où elle s'était blessé les deux genoux. Lors de la consultation du 25 janvier 2006, la patiente ne s'était pas plainte d'une fracture récente des côtes ou douleurs à ce niveau. Dans un courrier du 26 juin 2007, le Dr A _____ indique que les deux dernières consultations remontent aux 6 février et 20 avril 2006. Sa patiente lui avait signalé une chute lors de son voyage en Inde en décembre 2005 avec réception sur le côté gauche et douleurs thoraciques et de la hanche gauche. Le médecin avait diagnostiqué une fracture des côtes six, sept et huit à gauche et des contusions de la hanche gauche. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 6 février 2006 en raison des douleurs costales et de l'aggravation des douleurs de la hanche gauche. Par courrier du 4 septembre 2007, le conseil de la recourante sollicite le renvoi de l'instruction du dossier de deux mois supplémentaires afin que sa mandante puisse être entendue sur sa capacité de travail. En annexe étaient joints les courriers des Drs B _____ et A _____ des 26 avril et 26 juin 2007. Il souligne que le signe de Trendelenburg positif résulte directement de l'accident du 1^{er} octobre 2002 et est donc responsable de la chute survenue en Inde. Par courrier du 12 septembre 2007, l'intimée relève que seul le Dr A _____ fait état de la fracture des côtes et qu'il n'a jamais expliqué en quoi la présence d'un signe de Trendelenburg positif résulterait directement de l'accident du 1^{er} octobre 2002 et qu'il admet ne pas avoir revu la patiente depuis le 20 avril 2006. Dans son courrier du 17 septembre 2007, la recourante rappelle en substance que les conclusions du Dr B _____ sont mises en cause par deux autres médecins et que le Tribunal ne saurait se fonder uniquement sur cette expertise pour

arrêter sa décision. Elle sollicite par conséquent qu'une nouvelle expertise soit ordonnée. Par courrier du 3 octobre 2007, l'intimée a sollicité du Tribunal de céans qu'il invite la recourante à produire des certificats médicaux relatifs à la maladie actuelle indiquant l'influence de celle-ci sur sa capacité de travail. Entendue en comparution personnelle le 13 novembre 2007, la recourante confirme avoir été victime d'un deuxième accident en Inde le 13 décembre 2005. Elle précise ne pas avoir déclaré cet accident à l'assurance car il n'y avait rien à faire médicalement parlant s'agissant de côtes fracturées. Elle précise avoir parlé au Dr B_____ de cette chute lors de la consultation du 25 janvier 2006. Elle rappelle que depuis son accident elle ne peut plus conduire sur de longues distances et n'a donc plus été en mesure d'aller présenter des échantillons de produits indiens aux acheteurs potentiels en Suisse. Elle a finalement perdu tous ses clients et s'est endettée. Elle indique que sa société existe toujours mais ne réalise plus de chiffre d'affaires. Elle s'efforce d'aller tous les jours au bureau, surtout dans l'idée de sortir un peu, mais doit être accompagnée. Au bureau, elle ne peut pas faire grand chose seule, elle a notamment besoin d'aide pour porter des classeurs; elle peut en revanche exercer l'activité de bureau assise. Avant l'accident, elle était occupée dans les activités de vente à raison de 80 % et dans les tâches administratives à raison de 20 %. Elle loue une pièce comme bureau dans un immeuble où se trouvent de nombreuses autres sociétés de commerce. Elle le fait dans l'espoir de trouver des clients pour la société et surtout pour garder des contacts avec l'extérieur. Elle précise que jusqu'en 2004 elle disposait encore d'échantillons en suffisance et qu'elle pouvait les envoyer par poste aux différents clients. Elle pouvait encore conduire pour se rendre chez des clients et se faisait accompagner par un ami pour l'aider à porter les valises. Elle a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité en février 2007. Elle a été hospitalisée durant sept mois du 20 octobre 2006 au 22 mai 2007 ans en raison de staphylocoques qui ont causé une lésion aux vertèbres 11 et 12. Lors de l'audience d'enquête du 22 janvier 2008, le Dr B_____ confirme que pour lui le signe de Trendelenburg est négatif. Seule une insécurité peut se voir dans la position statique debout ou à la marche. A son avis, cette instabilité est due au diabète, ce que la Dresse C_____ a confirmé. S'agissant de l'avis de celle-ci concernant le signe de Trendelenburg positif, il relève qu'elle n'est pas orthopédiste, mais neurologue. Il ajoute avoir constaté tous les signes d'une polyneuropathie diabétique et produit un article médical concernant les neuropathies diabétiques qui confirme ses déclarations. Il précise qu'un diabète non contrôlé peut amener à une polyneuropathie telle que celle qu'il a constatée chez l'assurée et causer des lésions artérielles (rétrécissement des artères). Il a été constaté chez l'assurée une très nette calcification des artères du petit bassin et des artères fémorales, ce qui implique que le diabète évolue depuis un certain temps déjà. Il relève qu'il est possible que le signe de Trendelenburg ait été positif avant mars 2004 et que l'intervention subie à cette date ayant amélioré l'état de la patiente, il ait pu devenir négatif. Il avait constaté à cet égard, qu'en novembre 2004, l'assurée ne boitait pas lorsqu'elle était venue pour la première expertise. Le frottement du matériel d'ostéosynthèse sur le fascia-lata peut provoquer un signe de Trendelenburg positif (cf. p. 3 expertise du 6 février 2006). Savoir si l'on est en présence d'un signe de Trendelenburg positif ou négatif se fait par un examen clinique. Le signe de Trendelenburg positif implique qu'il y a une bascule du bassin du côté opposé à la hanche atteinte lorsque la patiente se tient debout en levant la jambe saine. Il n'est pas impossible que l'on puisse constater chez un patient un signe de Trendelenburg positif un jour et négatif un autre jour. Le signe de Trendelenburg positif démontre une insuffisance des muscles moyens fessiers, soit passagère soit à long terme. Le Dr B_____ relève que, dans son

courrier du 13 juin 2006, la Dresse C_____ ne parle pas d'instabilité du bassin. Il partage l'avis de celle-ci, selon lequel les douleurs proximales sont des conséquences de l'atteinte initiale traumatique de la hanche gauche. En principe les opérations telles que celles subies par l'assurée n'entraînent pas un affaiblissement des muscles. Il relève encore que même une petite bursite peut provoquer des douleurs si elle est irritée et enflammée. Il rappelle que lorsqu'il a vu la recourante en janvier 2006, elle lui a parlé de sa chute survenue en Inde en décembre, mais ne lui a pas dit qu'elle souffrait des côtes. Il l'a examinée mais n'a pas constaté d'hématome. Le fait que l'assurée tombe régulièrement est dû à une insécurité de ses membres inférieurs résultant du diabète. Il reconnaît que les lésions dont souffre l'assurée sont en relation de causalité certaine avec l'accident d'octobre 2002. Le diabète n'est pas concerné. Le diabète n'a pas empêché les fractures de se consolider (cf. p. 9 expertise du 2 décembre 2004). En revanche le diabète provoque à son avis les chutes à répétition. Il explique que ce sont les interventions subies qui ont une influence sur la stabilité du diabète. Il faut alors le contrôler très strictement, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce. Il pense que le résultat actuel des troubles s'explique de cette façon. Enfin, il confirme que l'assurée est capable de travailler à 50% dans une activité où elle serait en principe assise. Rien ne s'oppose à ce qu'elle puisse conduire pour des trajets petits à moyens (une demi-heure au maximum), pour autant qu'il s'agisse d'un véhicule automatique. A l'issue de l'audience de comparution personnelle du 22 janvier 2008, au cours de laquelle la recourante a sollicité que le Tribunal de céans ordonne une expertise pluridisciplinaire, un délai au 15 février 2008 a été fixé aux parties pour écritures après enquête. Dans ses conclusions du 15 février 2008, la recourante rappelle en substance que sa capacité de travail est nulle dès le 6 février 2006 en raison des douleurs costales et de l'aggravation des douleurs de la hanche gauche, étant précisé que la situation clinique ne s'était pas améliorée lors de la consultation du 20 avril 2006. Elle produit une attestation du 11 octobre 2007 de son physiothérapeute de laquelle il ressort qu'elle souffre toujours de douleurs à la hanche gauche qui se manifestent au repos comme à la mobilisation et qu'elle ne peut supporter une position prolongée, l'instabilité du bassin et la faiblesse musculaire aux membres inférieurs limitent la marche avec des douleurs présentes à la hanche gauche et entraînent un risque de chute. La recourante relève que les explications qu'elle a données sur la nature de son travail avant l'accident et sa présence à son bureau n'ont pas été mises en doute par l'intimée. Elle produit également trois rapports et attestations desquels il ressort que son diabète est médicalement contrôlé depuis son accident en octobre 2002. En résumé, elle considère que l'incapacité de travail doit être déterminée médicalement par rapport à la profession exercée avant l'accident se fondant sur son aptitude à accomplir le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle et sur la base des renseignements médicaux la concernant au 6 février 2006. A ce sujet, elle rappelle que sa société avait pour but l'importation en Suisse de produits indiens qu'elle revendait à des maisons de vente par correspondance. Son activité consistait à présenter des échantillons aux acheteurs potentiels en Suisse et elle devait de ce fait porter de lourdes valises d'échantillons. Selon l'avis unanime des médecins, elle n'est plus capable d'exercer ce travail qui représentait 80% de son activité, le 20% restant représentant les tâches administratives qui étaient dévolues pour la plupart à une assistante. Elle ne peut plus porter de charges plus ou moins lourdes telles que les classeurs de comptes ou les dossiers des clients. Elle ne peut plus conduire lors de longs déplacements tels que ceux qu'elle faisait auparavant dans toute la Suisse pour démarcher les acheteurs potentiels. Le Dr B_____ lui-même limitait la conduite à une demi-heure. Elle ne se rend à son bureau que pour passer des coups de téléphone de

prospection mais surtout pour garder des contacts avec l'extérieur. En conclusion, sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle en raison des suites de son accident et non en raison du diabète dont elle souffre. Les avis de ses deux médecins traitants jettent un doute sérieux sur les conclusions de l'expert mandaté par l'intimée. La recourante conclut à ce que le Tribunal de céans constate que son incapacité de travail est de 100% dès le 6 février 2006 et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Dans ses conclusions après enquêtes du 15 février 2008, l'intimée relève qu'il ressort du dossier et des audiences d'enquêtes que l'avis du Dr A_____ et celui du Dr B_____ concordent sur une incapacité de travail résultant de l'accident de 50% bien que leurs conclusions divergent s'agissant de l'existence d'un signe de Trendelenburg positif. En effet, le Dr A_____ ne dit pas que celui-ci entraînerait une incapacité de travail supérieure à 50%. Quant à la Dresse C_____, elle ne s'est pas prononcée avec précision sur la question de la capacité de travail. L'intimée conteste que l'accident survenu en Inde à la fin de l'année 2005 joue un rôle sur la capacité de travail en lien avec la lésion de la hanche gauche puisque l'instabilité résulterait de l'absence de suivi de son diabète et de la polyneuropathie résultant de ce fait. Elle relève que la recourante elle-même n'accordait pas beaucoup d'importance à cet accident ayant déclaré qu'elle n'avait pas annoncé l'accident à l'assurance-accidents car il n'y avait rien à faire médicalement parlant s'agissant de côtes fracturées et qu'elle n'avait pas souffert de la hanche lors de cette chute. La recourante n'a pas formulé de plaintes particulières en lien avec la chute de fin 2005 et son médecin traitant n'a pas établi de lien entre l'accident de 2002 et la chute survenue en 2005. La recourante n'a pas parlé non plus de celle-ci à la Dresse C_____ lors de la consultation du 12 juin 2006. Cette dernière, comme le Dr B_____, ont constaté que la recourante souffrait de polyneuropathie en relation avec son diabète qui n'avait toutefois pas d'incidence sur sa capacité de travail. S'agissant de la bursite au niveau de la hanche gauche dont souffre la recourante, il est reconnu qu'elle peut provoquer des douleurs si elle est irritée et enflammée. Concernant l'activité professionnelle, l'intimée relève que la recourante travaille de manière régulière et effectue notamment de la prospection de manière constante. Ses motivations personnelles ne changent rien au fait qu'elle travaille dans les faits à 50% au moins. En conclusion, l'intimée considère que l'expertise du Dr B_____ a pleine valeur probante, que les avis des médecins concordent sur le degré de l'incapacité de travail liée à l'accident de 2002 et que le second accident n'a aucun rapport avec celui-ci puisqu'il résulte de l'insécurité à la marche en raison de la polyneuropathie laquelle ne cause pas d'incapacité de travail. Enfin la recourante est professionnellement active tous les jours. Le fait que son entreprise ne génère pas de bénéfices n'est pas pertinent. La capacité de travail de 50% retenue par le Dr B_____ n'est pas critiquable. La recourante doit être déboutée de toutes ses conclusions. Après communication des écritures aux parties la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446

ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le taux d'incapacité de travail à partir du 6 février 2006 et le droit à une indemnité journalière à 100% dès cette date. Aux termes de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (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. Selon l'art. 16 al.1 et 2 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. 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. Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; MEYER-BLASER, Kausalitätsfragen aus dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts, in RSAS 1994, p. 107). L'indemnité journalière vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail. La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales: une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré, aussi longtemps que l'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur sa capacité résiduelle de travail. En cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (ATF 115 V 133 consid. 2, 404 consid. 2 et les arrêts cités). Dans ce cas, ce n'est donc plus le taux d'incapacité de travail qui est déterminant pour la fixation de l'indemnité, mais le taux de l'incapacité de gain (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 69). A teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 122 V 158 s. consid. 1b, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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). 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). De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, le Dr B _____, expert désigné par l'assureur-accidents, a constaté que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 6 février 2006. La recourante le conteste. Elle considère qu'elle était encore en incapacité de travail totale à cette date et se fonde pour le prouver sur les avis de son médecin traitant, le Dr A _____, ainsi que sur celui de la Dresse C _____. Les divergences portent essentiellement sur trois points, l'existence d'un signe de Trendelenburg positif, les causes des chutes et leurs conséquences et la détermination de la capacité de travail globale eu égard notamment aux activités exigibles. La Juridiction de céans constate au préalable que le rapport d'expertise du médecin mandaté par l'intimée, a été rendu par un spécialiste reconnu. Il fait suite à un premier rapport d'expertise rendu en décembre 2004 qui contenait une anamnèse détaillée. Ce deuxième rapport rappelle les points essentiels du dossier et de l'anamnèse. Il a été rédigé après un entretien et un examen clinique de l'intéressée du 25 janvier 2006 et sur la base d'une nouvelle radiographie du bassin de face et de la hanche de profil ainsi que sur une échographie de la hanche. L'expertise tient

compte des plaintes de la recourante et les conclusions du médecin sont claires et motivées, de sorte qu'il convient de lui accorder a priori une pleine valeur probante. Il convient alors d'examiner si les conclusions de l'expert sont remises en question par les avis des médecins de la recourante et les éléments établis lors de l'instruction de la présente cause. S'agissant de la première divergence, il sied de relever que l'expert et le médecin traitant s'accordent sur les conséquences de l'atteinte à la hanche sur la capacité de travail de la recourante et reconnaissent tous deux une incapacité de travail de 50 %. Le Dr A_____ a en effet retenu, lors de son audition devant le Tribunal de céans notamment, une incapacité de travail de 50 % en relation avec le problème de la hanche. La question de l'existence d'un signe de Trendelenburg positif peut dès lors rester ouverte. Concernant les causes à l'origine des chutes dont la recourante a été victime à plusieurs reprises, il résulte de l'instruction de la présente cause, en particulier de l'audition de la Dresse C_____, que la recourante souffre d'atteintes neurologiques consécutives au diabète qui entraîne une instabilité en station debout. Il n'a en revanche pas été établi qu'une éventuelle insuffisance des muscles fessiers puisse avoir une telle conséquence. Ainsi, il convient de considérer que les chutes sont provoquées par les atteintes neurologiques et non pas par les atteintes d'ordre mécanique ou musculaire à la hanche gauche consécutives à l'accident de 2002. Les conclusions de l'expert, corroborées par l'avis d'une neurologue doivent dès lors être confirmées sur ce point également. S'agissant des conséquences des chutes, en particulier de celle de décembre 2005, il convient de relever, par surabondance de motifs, qu'il n'a pas été établi à satisfaction de droit que celles-ci aient provoqué des atteintes entraînant une incapacité de travail de 50 %, comme le soutient le médecin traitant. En effet, ni le Dr B_____, ni la Dresse C_____, lesquels ont examiné la recourante un mois, respectivement six mois après l'événement en cause, ne font état d'atteintes susceptibles d'engendrer une incapacité de travail. Or, la recourante, qui n'a d'ailleurs pas annoncé le cas à l'assurance, n'aurait pas manqué de faire état de ses douleurs costales lors dites consultations si elles avaient eu l'intensité que leur prête le Dr A_____. Il convient encore de souligner que, selon la neurologue, la polyneuropathie dont souffre la recourante n'a aucune incidence de sa capacité de travail. En conclusion, le Tribunal de céans constate qu'il n'a pas été établi que la chute, qui a eu lieu en Inde en décembre 2005, est en lien de causalité avec l'accident de 2002, et qu'en conséquence, il n'y a pas lieu de tenir compte d'éventuelles atteintes consécutives à ladite chute pour déterminer le taux d'incapacité de travail. Il n'a pas non plus été établi que l'événement de décembre 2005 aurait provoqué des atteintes à la santé entraînant une incapacité de travail. Ainsi, seules les conséquences de l'accident de 2002, à savoir l'atteinte à la hanche gauche, entrent en ligne de compte pour déterminer le taux d'incapacité de travail de la recourante. S'agissant des activités que la recourante n'est plus en mesure d'exercer, l'expert a retenu que celle-ci était limitée dans la marche, le port de charges et la conduite automobile. Instable en position debout, elle doit se déplacer à l'aide de cannes, elle ne peut porter de charges plus ou moins lourdes en raison notamment de la nécessité d'utiliser des cannes, elle doit éviter l'alternance fréquente de la position assise et debout et, enfin elle ne peut conduire une voiture plus d'une demi-heure. Compte tenu de ces éléments et des heures que passe la recourante à son bureau, l'expert a retenu une incapacité de travail à 50 %. Il n'a pas été établi que les atteintes à la santé consécutives à l'accident de 2002 entraîneraient d'autres limitations. Ainsi, par rapport à l'exercice de sa profession, le Tribunal de céans retiendra que la recourante est limitée principalement dans ses activités de démarchage qui impliquaient des déplacements en Suisse et le port de valises d'échantillons mais conserve une capacité de travail dans

l'activité administrative. Il y a lieu de considérer qu'elle peut raisonnablement effectuer à 50 % l'activité qu'elle exerçait avant l'accident et que les conclusions de l'expert à cet égard doivent être confirmées. Cela étant, dans la mesure où l'expertise et les éléments établis lors de l'instruction de la cause permettent au Tribunal de céans de se prononcer sur le litige, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire. L'expertise du médecin mandaté par l'intimée n'ayant pas été remise en cause, celle-ci était fondée à s'y référer et sa décision doit être confirmée. Le recours doit dès lors être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal Fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), par la voie du recours en matière civile, conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Louise QUELOZ La présidente Doris WANGELER La greffière-juriste : Catherine VERNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.