du 23 mars 1999

dans la cause

Monsieur D_____
représenté par Me Jacques Borowsky, avocat

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS
représentée par Me Odile Roullet, avocate

EN FAIT

1. Monsieur D_____ est né le _____ 1966 au Portugal et il est domicilié dans le canton de Genève. Il était employé comme peintre par une société alors active dans le domaine de la construction sous la raison sociale "M_____ S.A. - entreprise générale du bâtiment -. M. D_____ était assuré à ce titre auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) en application de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). La société "La Genevoise, compagnie générale d'assurances S.A." (ci-après : la Genevoise) était l'assureur maladie du recourant, au titre d'une police d'assurance collective pour les métiers du bâtiment, puis par le biais d'une police de libre passage.

Selon un formulaire de déclaration d'accident LAA, complété le 28 février 1992 par M_____ S.A., M. D_____ aurait été la victime d'un accident du travail sur un chantier de cette entreprise, à une date qui n'est pas précisée.

Il ressort d'une lettre de M_____ S.A. du même jour que l'intéressé aurait été au bénéfice d'un certificat médical établi par un médecin employé par la société Permanence médico-chirurgicale des Pâquis S.A. (ci-après : la Permanence), mais pour cause de maladie.

2. Le 12 mars 1992, la CNA a prié la Genevoise de continuer à allouer ses prestations pour le "cas du 26 juillet 1990".

Le 16 mars 1992, la Genevoise a répondu à la CNA qu'il serait souhaitable que les assureurs soient en contact avant le versement d'éventuelles prestations.

Le 7 avril 1992, le Dr T. Constantinopol, alors employé par la Permanence, a remis à la CNA un rapport détaillé concernant "l'accident du 26 juillet 1990".

M. D_____ était un malade obèse qui l'avait consulté pour un syndrome douloureux, de type lumbago. Le début des douleurs, difficile à préciser, se situait trois à quatre mois plus tôt. Les douleurs avaient augmenté progressivement et à la date de la consultation, le malade supportait mal la station debout prolongée et surtout la surcharge. Il marchait avec une boiterie marquée

et des douleurs à la cheville gauche et présentait une légère hyperlordose lombaire, sans contracture des muscles des gouttières vertébrales lombaires. Le réflexe de Lasègue était présent des deux côtés et la flexion de la colonne vertébrale quasiment normale. Les radiographies effectuées sur le moment révélaient une légère bascule du bassin, mais aucune lésion osseuse. Ce médecin avait recommandé à son patient de suivre un régime amaigrissant et de porter une nouvelle semelle au pied gauche, en raison de la platypodie qu'il présentait. L'intéressé avait différé sous divers prétextes la confection d'une nouvelle semelle et avait présenté des douleurs de plus en plus fortes, raison pour laquelle il avait été adressé à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (ci-après : l'HUG) pour expertise. Le médecin avait mis fin à l'arrêt de travail le 16 octobre 1990. En résumé, l'intéressé présentait des douleurs type lumbago sans aucun antécédent traumatique et le traitement restait "sous le signe d'interrogation". Le malade était alors capable de travailler à condition de respecter les recommandations qui lui avaient été faites.

3. Le 27 avril 1992, M. D_____ a été entendu par un inspecteur de la CNA. Il avait travaillé en Suisse durant plusieurs années après son service militaire sans être au bénéfice d'un permis de séjour. Au mois d'avril 1990, il avait été engagé par M_____ S.A., avec un permis de saisonnier. Il avait ressenti pour la première fois des douleurs dorsales au mois de juin 1990 alors qu'il soulevait un bidon pesant 25 kilos et qu'il avait été déséquilibré vers l'arrière, heurtant une latte sur un échafaudage et faisant une chute d'environ deux mètres. Il s'était retrouvé couché sur le dos et avait repris rapidement le travail après un court arrêt, car il venait alors d'obtenir le permis "A". Il avait fait une nouvelle chute le 30 juillet 1990 à nouveau alors qu'il travaillait. Il était tombé alors qu'il tenait un tuyau relié à un compresseur. La douleur lombaire avait été plus forte et il avait consulté la Permanence des Pâquis. En octobre 1990, il avait été ausculté à la policlinique de chirurgie de l'HUG et on lui avait prescrit de la physiothérapie. Il avait également été soigné à Beau-Séjour où on l'avait notamment traité par acupuncture.

4. Le 11 mai 1992, la Permanence a remis à la CNA les copies de 7 certificats médicaux attestant de l'incapacité de travail de l'intéressé du 31 juillet au 10 octobre 1990. La Permanence avait également reçu une

attestation d'assurance maladie pour les ouvriers du bâtiment de Genève sur papier à entête de la Genevoise.

5. Le 13 mai 1992, le Dr Ana Bishara, rhumatologue et interniste FMH, alors médecin assistant à la consultation externe de rhumatologie de l'HUG, a attesté que M. D_____ avait été vu à trois reprises entre le 25 septembre et le 6 novembre 1991. L'intéressé se plaignait de lombalgies à la suite d'une chute d'un échafaudage sur son lieu de travail. Le diagnostic retenu était celui de lombalgies chroniques chez un patient présentant par ailleurs un terrain net de fibrosite. Un traitement physique, dans un but antalgique, avait été mis en place, mais l'intéressé ne s'était pas présenté à la dernière consultation qui lui avait été fixée et l'effet du traitement demeurait inconnu.

6. Les 19 et 25 mai 1992, le Dr Gason Jalal Battikha, radiologue FMH, a adressé deux rapports au Dr Stéphane Rubovszky, orthopédiste FMH; il a conclu à une hernie discale D11-D12.

7. Le 22 mai 1992, le Dr Rubovszky a adressé un rapport à la clinique de neurochirurgie de l'HUG pour obtenir un avis concernant le diagnostic et la marche à suivre ainsi que les "problèmes d'assurance et d'orientation professionnelle".

Le 20 juillet 1992, le Dr Flavio Bongioanni, neurochirurgien FMH, alors chef de clinique adjoint à l'HUG, a conclu à l'absence de répercussion clinique des discopathies présentées par M. D_____, qui justifieraient une chirurgie. Il avait indiqué à l'intéressé des exercices et avait attiré son attention sur l'importance de la posture rachidienne et sur l'insuffisance musculaire d'une gouttière para-spinale. Il indiquait encore à son confrère le nom d'une physiothérapeute connaissant bien la question.

8. Le 22 juillet 1992, la CNA a informé son assuré et la Genevoise qu'elle avait reconnu à l'intéressé un droit aux prestations.

9. Selon un rapport médical daté du 21 octobre 1992 et établi par les Drs D. Herkommer, chef de clinique, P. de Goumoens, médecin-ajoint, I. Justiniano, médecin-assistant ainsi que A. Ferreira, M. D_____ avait séjourné au sein de l'établissement thermal cantonal vaudois de Lavey-les-Bains du 30 septembre au 20

octobre 1992.

A l'entrée, l'intéressé présentait notamment des lombo-sciatalgies et une hernie discale, de même qu'une obésité. A la sortie, le status était superposable à celui de l'entrée, à part la diminution de la contracture de la musculature para-vertébrale lombaire. Dans le domaine neurologique, il était difficile de se faire une idée objective. Il y avait une certaine discordance entre le status clinique, les plaintes formulées et les rapports radiologiques; toutefois, les hernies discales de la jonction dorso-lombaire avaient souvent des manifestations cliniques atypiques chez les sujets jeunes. Il fallait donc être prudent avant de conclure à une surcharge psychogène.

10. Le 11 février 1993, le Dr M. Thomet, chirurgien FMH et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'intéressé. L'assuré présentait toujours un syndrome lombaire modéré, avec des signes de souffrance vertébrale objectivement faibles, mais subjectivement invalidants. Une certaine exagération ne paraissait pas exclue. Il s'agissait d'un cas difficile et il fallait commencer par envisager une cure à Bellikon.

11. M. D_____ a séjourné dans la clinique de réhabilitation exploitée par l'assureur à Bellikon du 29 mars au 30 avril 1993. Toute opération était à déconseiller et aucun traitement n'avait aidé le patient. Le psychologue avait conclu à une conversion douloureuse à teinte dépressive, avec des manifestations d'appel sur la base de problèmes sociaux. La CNA devrait conclure le cas.

12. Le 16 décembre 1993, l'intéressé a été à nouveau examiné par le Dr Thomet. Le diagnostic de fibromyalgie laissait "rêveur" le médecin d'arrondissement à qui il était difficile d'admettre qu'il faille mettre à la rente un assuré jeune et physiquement solide. Il s'agissait d'abord de savoir s'il était nécessaire de procéder à un traitement physique avant de faire la part des troubles psychogènes.

13. Le 15 mars 1994, le Dr Thomet a procédé à une appréciation médicale finale et a conclu à une capacité théorique de travail complète pour un poste de travail approprié. La perte d'intégrité était estimée à 5 %.

14. Le 24 septembre 1996, le Dr F. Masset, chirurgien

FMH et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné à nouveau l'intéressé et a conclu à la clôture du cas, l'effet délétère de l'accident s'étant éteint.

15. Le 2 octobre 1996, la CNA a rendu une décision mettant fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux pour le 13 octobre 1996. La Genevoise a reçu un exemplaire de cette décision.

16. Le 15 octobre 1996, le conseil de M. D_____ a fait opposition à la décision.

17. Le 16 janvier 1997, la CNA a rendu une décision sur opposition rejetant celle-ci. A teneur du rapport établi par le Dr Masset le 24 septembre 1996, les cervicalgies et les troubles d'ordre psychique dont souffrait l'intéressé étaient sans rapport de causalité naturelle avec l'accident et les troubles lombaires étaient à mettre en rapport avec un état antérieur à l'accident assuré, décompensé de façon passagère par ce dernier. Les autres rapports médicaux, notamment des Drs Rubovszky, Bishara, de la clinique de réadaptation de Bellikon et du Dr Marc Oltramare, interniste FMH, agissant comme expert pour l'AI, de même que Lederrey, permettaient de conclure à l'absence de substrat anatomique aux difficultés de santé du patient, à la très forte probabilité d'une fibromyalgie et à un état dépressif chronique évident. Par surabondance de motifs, il fallait relever que l'accident pouvait être qualifié de moyen, mais que les critères pour admettre un lien de causalité adéquate n'étaient pas remplis. La CNA invitait son assuré à transmettre une copie de la décision à son propre assureur maladie.

18. Par un acte remis à un office postal le 16 avril 1997, le conseil de M. D_____ a recouru contre la décision de la CNA. Il a contesté notamment l'impartialité et l'indépendance des médecins salariés par la CNA et a exposé que les atteintes à sa santé psychique étaient dues aux douleurs dorsales provoquées par l'accident. Il conclut préalablement à la restitution de l'"effet suspensif", au versement d'une rente complète au taux de 100 % et, "incidemment" à une expertise médicale.

19. Le 19 juin 1997, le conseil de la CNA a répondu au recours et a conclu à son rejet. Tant le médecin traitant que le médecin de la division des accidents propre à l'intimée émettaient des doutes sur le bien-fondé de la

prise en charge par l'assureur-accidents. A l'origine, l'assuré avait plutôt évoqué des efforts de soulèvement. Quant aux critiques apportées au rapport des médecins de l'intimée, elles étaient sans fondement.

20. Le 24 juin 1997, la Présidente du Tribunal administratif a rejeté la requête visant à la restitution de l'effet suspensif en tant qu'elle était recevable.

21. Le 3 juin 1998, le Tribunal administratif a requis le recourant de lui fournir le nom de son assureur-maladie et le 15 du même mois, l'assureur-accidents intimé a repris la procédure à l'égard de cet assureur-là.

22. Les 3 juin et 14 septembre 1998, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a été requis de déposer son dossier.

23. Le 10 novembre 1998, l'OCAI a fourni le dossier demandé. Il en ressort notamment que par une décision du 23 octobre 1998, l'OCAI a accordé au recourant une demi-rente ordinaire pour couple, fondée sur un degré d'invalidité de 50%.

a. Selon un rapport médical du Dr Oltramare, daté du ler juillet 1994, il s'était développé un syndrome douloureux surtout lombaire chez l'intéressé, qui avait abandonné son travail de peintre en bâtiment, au bout de trois mois, à la suite de deux chutes n'ayant amené objectivement que des contusions vertébrales. Il fallait tenter une observation professionnelle, avec un éventuel essai de reclassement suivant les observations de celle-ci.

b. Selon un rapport du Centre d'intégration professionnel du 12 avril 1995, M. D_____ ne s'est présenté que deux jours au COPAI. Selon le rappel anamnestique du 16 janvier 1995, M. D_____ s'était présenté comme quelqu'un qui ne pouvait plus travailler et qui était bien installé dans sa position d'invalide, ayant beaucoup grossi. Il se sentait incompris et clamait son honnêteté : s'il n'avait pas été aussi mal en point, il aurait travaillé.

c. Le 25 juin 1998, le Professeur Alain Peccoud, directeur de la policlinique médicale universitaire (COMAI) et le Dr Olivier Pyroth, chef de clinique adjoint, à Lausanne, ont remis à l'OCAI un rapport

d'expertise. La consultation de rhumatologie avait permis de déceler une fibromyalgie; celle de psychiatrie un état dépressif net caractérisé par une fatigue et une fatigabilité, une baisse de l'élan vital, un sentiment de fragilité, de tristesse avec anhédonie, une baisse de l'estime de soi et de la libido. L'expertisé ne paraissait cependant pas être un simulateur. Sur le plan strictement organique, l'intéressé présentait des rachialgies avec troubles dégénératifs mineurs, qui pourraient, certes, expliquer une limitation de sa capacité de travail dans une activité dite lourde, impliquant des travaux de force, de transport de position prolongée, mais sa capacité de travail serait probablement entière dans une activité légère et sédentaire. M. D_____ présentait un état dépressif chronique, ainsi qu'une fibromyalgie, ceci dans le contexte d'une organisation fragile de la personnalité. Sa faible capacité d'introspection, son mode de fonctionnement projectif rendaient peu probables les bénéfices d'un soutien psychologique auprès d'un thérapeute. En réponse aux questions de l'OCAI, les experts ont conclu que la limitation importante de la mobilité de l'ensemble du rachis n'était pas explicable par des troubles anatomiques; que l'intéressé présentait des troubles psycho-pathologiques ayant valeur de maladie et qu'en 1994, déjà, période de l'examen par le Dr Oltramare, les troubles psychologiques étaient suffisamment importants pour justifier une incapacité de travail.

24. Le 3 juillet 1998, la CNA a notifié à la Genevoise sa décision sur opposition du 16 janvier 1997.

25. Le 14 décembre 1998, le conseil de la CNA s'est exprimé sur le dossier AI. Le contenu de ce dossier permettait de réaffirmer l'absence de lien de causalité adéquate entre l'état du patient et les événements accidentels qu'il aurait subis.

26. Le 15 décembre 1998, le greffe du Tribunal a remis au conseil de l'assuré un exemplaire des observations de la CNA et lui a rappelé que par une lettre du 13 novembre 1998, il lui avait déjà imparti un délai pour se déterminer sur le dossier AI.

Le recourant ne s'est pas plus exprimé.

27. Le 29 janvier 1999, la Genevoise s'est déterminée. Elle a contesté être partie à la procédure au motif qu'elle n'avait pas été partie à celle sur opposition et

que le tribunal de céans n'était pas compétent, la Genevoise n'étant pas une caisse-maladie reconnue au sens de la LAMAL.

Sur le fond, la Genevoise a contesté être encore l'assureur-maladie et perte de gains individuel du recourant, le contrat ayant été annulé pour défaut de paiement de primes.

28. Les 2 février et 12 mars 1999, le greffe du Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 8 A let. a de la loi sur le Tribunal administratif et le Tribunal des conflits du 29 mai 1970 - LTA - E 5 05; art. 106 de la loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 - LAA - RS 832.20).

2. Les exigences de coordination, imposées par l'article 104 LAA et l'article 129 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), obligent l'assurance-accidents à entendre les autres assureurs sur la question de la répartition des prestations, voire d'autres assureurs sociaux qui pourraient être touchés par la décision (RAMA 2/1997, pp. 143-145, 3/1997, pp. 195-202; ATA A. du 26 mai 1998).

L'article 71 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, ordonner l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure (ATA Ph. du 26 novembre 1996). Dans ce cas, la décision rendue est opposable à ce tiers.

En l'espèce, l'assureur maladie a traité le dossier dès le mois de février 1992, quand le conseil du recourant l'a interpellé. Après des échanges épistolaires avec l'assureur-accidents, il a encore reçu une expédition de la décision du 2 octobre 1996, puis s'est vu notifier, le 3 juillet 1998, la décision rendue sur opposition le 16 janvier 1997 par l'assureur-accidents. L'assureur maladie ne saurait donc sérieusement soutenir qu'il ne serait pas de ce point de vue, partie à la

procédure. Il faut noter en revanche qu'il n'est pas une caisse maladie reconnue au sens des articles 12 et de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les litiges concernant les assurances complémentaires, même si ces dernières sont offertes par une caisse maladie autorisée au sens de la LAMal, sont régies par l'article 47 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées (LSA; ATF 124 V 134 consid. 3 et 4b, p. 135-136, 123 V 324 consid. 3a et b p. 328-328).

S'agissant toutefois des assureurs privés offrant des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, la chambre du Tribunal du canton de Vaud a retenu la solution contraire et a considéré que le tribunal cantonal des assurances était également compétent dans cette hypothèse (arrêt n.p. S. du 24 juin 1998). Son arrêt a été déféré au Tribunal fédéral des assurances. Le tribunal de céans considère que la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LALAMal - J 3 5) étend la compétence du Tribunal administratif, - entendu comme tribunal des assurances au sens de l'article 86 LAMal - aux contestations ayant trait aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal. La juridiction de céans ne serait donc pas compétente pour connaître d'un litige qui opposerait directement le recourant à son assureur-maladie, quand bien même la solution retenue conduit à un résultat peu souhaitable, à savoir une multiplication des voies de recours en fonction du statut légal des assureurs (cf. sur ce point ATA F. du 19 janvier 1999). On ne saurait donc appeler en cause cet assureur maladie dans la procédure qui oppose le même recourant à son assureur-accidents. Il n'y a pas lieu de statuer sur le mérite des arguments au fond de l'assureur-maladie, concernant notamment l'éventuelle caducité de la police individuelle de libre passage.

3. Le recourant demande qu'une expertise soit ordonnée.

Les avis médicaux des médecins d'arrondissement employés par l'assureur sont clairs et complets quant aux questions litigieuses. Les conclusions auxquelles ces médecins sont parvenus rejoignent celles du médecin traitant du recourant quant à l'étiologie des affections

qu'il présente, de même que les constatations des différents médecins hospitaliers consultés. Elles vont aussi dans le même sens que les conclusions auxquelles sont parvenues les différents experts nommés par l'OCAI. A ces examens médicaux pratiqués sur la personne du recourant s'ajoute un document écrit émanant d'un médecin employé par la CNA, qui a consulté le dossier sans examiner l'intéressé. Cet avis, accompagné de la longue liste de références généralement produite par la caisse intimée, reprend l'avis de la doctrine médicale majoritaire en matière d'affections touchant le dos. De son côté, le recourant ne tente pas réellement de démontrer en quoi une nouvelle expertise médicale serait nécessaire. L'affaire peut donc être jugée en l'état.

4. a. Au terme de l'article 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées lorsque les atteintes à la santé de l'assuré sont en relation de causalité avec un accident.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire (art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents - OLAA - RS 832.202).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves de 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 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 et les références, ATF D. du 28 juin 1995).

c. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, s'il faut admettre l'opinion de la doctrine médicale selon laquelle il n'existe une aggravation durable due à l'accident, d'une maladie préexistante de la colonne vertébrale, que si les radiographies permettent de constater une diminution rapide de la hauteur d'un disque (Bandscheibe) après le traumatisme et l'apparition ou l'agrandissement d'ostéophytes marginaux (Randzachen; ATF n.p. du 4 septembre 1995, numéro U/45/95, p. 6, consid. 4e, cité dans l'ATF n.p. P. du 3 février 1998).

Le Tribunal fédéral des assurances s'est de plus rallié à l'opinion médicale selon laquelle, en cas d'accident sans séquelles démontrables sur la colonne vertébrale, le statu quo sine était atteint après six à douze mois si l'assuré souffrait d'une maladie préexistante (ATF n.p. du 22 décembre 1993, numéro U/99/93, p. 4, consid. 2a, cité dans l'ATA P. du 3 février 1998).

En outre, un lien de causalité entre un accident et une hernie discale ne peut être admis lorsque un délai de plus de huit à dix jours s'écoule entre l'événement et l'apparition des douleurs (ATF n.p. B.R. du 10 février 1998).

En l'espèce, des lombosciatalgies et une hernie discale ont été diagnostiquées dès 1992, sans conteste de l'assureur intimé. Dès le 16 août 1992, l'intéressé a séjourné à Lavey-les-Bains; au mois d'octobre de la même année, les médecins ont noté une certaine discordance entre le status clinique et les plaintes formulées. L'expertise menée en 1994 pour le compte de l'AI met également l'accent sur la discordance entre les constatations objectivables et les plaintes de l'intéressé. En 1998, les experts sont arrivés à la même conclusion. Il faut donc admettre que l'effet délétère des accidents subis par le recourant était déjà éteint lorsque l'assureur intimé à décidé de mettre fin à ses prestations.

5. 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 de genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat

apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 115 V 135 consid. 4b; 113 V 312 consid. 3b et 323 consid. 2b). La question de la causalité adéquate doit être tranchée également en regard des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une catégorie dite à risques élevés, autrement dit sur des personnes peu aptes à assumer un choc traumatique. Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 407; ATA du 15 avril 1997 en la cause A.).

Le Tribunal fédéral des assurances a procédé à une classification des accidents entraînant des troubles psychiques réactionnels. Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. Plus l'accident est grave, plus le lien de causalité est probable.

a. Le vécu de l'accident du point de vue du lésé n'est pas déterminant pour savoir si l'événement ayant causé des dommages psychiques est grave, moyennement grave ou bénin, mais le fait que le dommage ait été objectivement prévisible (RAMA 1995, p. 90).

b. Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence du lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 115 V 133 et 403; ATA S. du 11 mars 1997).

c. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est en effet propre à entraîner une telle incapacité.

Le Tribunal fédéral des assurances a qualifié, entre autres, de grave une collision frontale entraînant la mort du passager, le conducteur ayant subi de graves

blessures. En revanche, il a qualifié d'accident de gravité moyenne une collision frontale entre un cycliste et une automobiliste, jetant le cycliste sur le capot du moteur, puis sur le trottoir (ATF M. du 17 janvier 1995).

d. Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Les critères les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;

- la durée anormalement longue du traitement médical;

- les douleurs physiques persistantes;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;

- enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous les critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation

de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail due aux lésions physiques est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi, lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis. L'appréciation de l'événement accidentel en fonction de ces critères objectifs permet d'affirmer ou de nier l'existence du lien de causalité adéquate (ATF 120 V 355, consid. 5b/aa, 117 V 366, consid. 6a, b et c et 407, consid. 5a, b et c).

En l'espèce, nonobstant les circonstances dans lesquelles les accidents subis par l'intéressé ont été déclarés à l'assureur intimé, ceux-ci sont d'une gravité très relative et on peut tout au plus parler de chutes à peine plus que banales. Même si l'on considérait les accidents de gravité moyenne, aucun des critères admis par la jurisprudence pour établir un lien de causalité adéquate entre les accidents et les troubles psychiques n'est rempli, sauf celui de douleurs physiques persistantes, mais dont les médecins ont admis qu'elles étaient dues à une fibromyalgie, affection que l'assureur accident n'a pas à prendre en charge.

6. En tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.

Le recourant n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 89G LPA).

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 16 avril 1997 par Monsieur D_____ contre la décision de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 16 janvier 1997;

préalablement :

dit qu'il n'y a pas lieu d'appeler en cause la Genevoise assurances S.A.;

au fond :

rejette le recours;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument, ni alloué d'indemnité;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adlingenswilerstrasse 24, 6006 Lucerne;

communique le présent arrêt à Me Jacques Borowsky, avocat du recourant, ainsi qu'à Me Odile Roullet, avocate de l'intimée, et à la société La Genevoise assurances S.A. pour information, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Schucani, président, M. Thélin, Mmes Bovy et Bonnefemme-Hurni, M. Paychère, juges.

Au nom du Tribunal administratif :

le greffier juriste adj. : le vice-président :

N. Bolli Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le la greffière :

Mme M. Oranci