du 31 mai 1999

dans la cause

Madame M. G.

contre

LA XYZ ASSURANCES

A/426/1998-ASSU

EN FAIT

1. Née en 1959, de nationalité française, domiciliée en France voisine, Madame M. G. travaillait comme employée auprès de la banque Paribas (Suisse) S.A.

A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de La XYZ Générale compagnie d'assurances, avec siège à Lausanne (ci-après : La XYZ).

Elle a été licenciée au 31 janvier 1998.

2. Le 21 octobre 1996, alors qu'elle gagnait son garage, Mme G. a glissé sur des marches d'escaliers mouillées par la pluie et elle est tombée à la renverse sur le côté droit du dos.

Le choc a été décrit comme très violent. Elle s'est heurtée la région occipitale du crâne et tout de suite sont apparues des douleurs rachidiennes à droite diffuses irradiant d'une part dans le membre supérieur droit et d'autre part vers la fesse droite.

3. Mme G. a été prise en charge par le Dr Ivan Kuzmanovic, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, lequel relevait dans son rapport médical initial LAA du 21 novembre 1996, que les radiographies de la colonne dorsale, du gril costal droit et du bassin faites le 23 octobre précédent n'avaient mis en évidence aucune lésion post-traumatique.

Le praticien relevait en outre que les douleurs étaient atypiques et leur intensité était disproportionnée par rapport à l'accident.

4. Mme G. a séjourné à la division de rhumatologie de l'Hôpital cantonal universitaire du 13 au 24 janvier 1997. Les médecins ont diagnostiqué une dysfonction sacro-iliaque droite post-traumatique, une fibromyalgie et une discrète hypothyroïdie.

5. Mme G. est en incapacité de travail complète depuis la date de l'accident. Une reprise à 50 % avait été prévue à partir du 1er avril 1997, mais elle a échoué. Elle a suivi plusieurs traitements, notamment des séances de physiothérapie. Par lettre du 22 avril 1997,

La XYZ a informé Mme G. qu'elle cessait le versement de ses prestations au 28 février 1997, l'incapacité de travail ultérieure et les frais médicaux relevant, selon elle, de la maladie. La XYZ se proposait de confier une expertise médicale au Dr Joliat, lequel la convoquerait prochainement. En outre, Mme G. était invitée à informer son assurance-maladie en France.

L'expertise chez le Dr Joliat ne pouvant avoir lieu avant quelques mois, La XYZ s'est alors tournée vers la Dresse Anne-Marie Chamot, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales. Une mission d'expertise lui a été adressée par lettre du 7 mai 1997.

6. a. Après avoir examiné l'intéressée et avoir pris connaissance du dossier médical et radiologique, la Dresse Chamot a rendu son rapport le 30 mai 1997.

L'anamnèse de la patiente révèle deux accidents antérieurs, annoncés à La XYZ :

- Le premier a eu lieu le 9 janvier 1993. Il s'est agi d'un traumatisme crânio-cervical suite à une glissade sur du verglas. Les suites immédiates (cervicalgies, céphalées et nausées) avaient entraîné une incapacité de travail de trois semaines. A cette occasion, elle avait été vue par le Dr Rostan en novembre 1993 pour des douleurs sacrées droites attribuées à l'accident. Après plusieurs mois de rémission, une rechute avait été annoncée en décembre 1994.

- Le 29 septembre 1995, Mme G. a fait une chute dans les escaliers et a consulté son médecin pour des cervicalgies attribuées à une entorse cervicale. Les symptômes étaient suffisamment important pour justifier une IRM cérébrale et cervicale qui n'a démontré ni fracture ni hernie discale. A cette époque, il n'y a pas eu d'incapacité de travail.

b. Au chapitre des plaintes, la Dresse Chamot relève que la plainte essentielle résidait en une lombo-pygialgie droite qui irradiait à la face postérieure de la cuisse jusqu'au creux poplité avec parfois une irradiation dans le pli inguinal, sans paresthésies. Le praticien note que les changement de positions occasionnaient le plus de douleurs. La position couchée était mal tolérée et le sommeil était perturbé depuis l'accident. Au cours des mois qui suivirent l'accident, les douleurs rachidiennes s'étaient étendues

au rachis dorsal surtout dans la région inter-scapulaire du côté droit. L'assurée a annoncé une recrudescence de céphalées dont elle avait déjà souffert antérieurement. La brachialgie droite était toujours présente, avec une irradiation jusque dans le cinquième doigt. En fait, la patiente se plaignait d'avoir "mal partout".

c. A la question de savoir si les troubles étaient dus à l'accident du 21 octobre 1996, le praticien a distingué les deux types de troubles annoncés par l'assurée. Concernant la fessalgie, on ne pouvait mettre en doute la responsabilité de la chute. Il fallait néanmoins mentionner que l'assurée s'était plainte à deux reprises de cette région lombo-fessière, soit en 1993 et de décembre 1994 à mars 1995. La durée des symptômes, leur importance et l'impotence fonctionnelle étaient disproportionnées par rapport à la gravité du traumatisme qui avait occasionné un hématome fessier mais pas de fracture. Divers examens radiologiques avaient exclu une pathologie au niveau lombaire et au niveau sacro-iliaque, de même qu'une récent IRM avait permis d'exclure une lésion du nerf sciatique dans son trajet fessier. Sur ce point, la Dresse Chamot a répondu comme suit : "Je conclus donc que les troubles constatés au niveau lombo-fessier droit sont de façon probable liés à l'accident, sans que je puisse fournir un diagnostic précis". S'agissant de la fibromyalgie qui s'est greffée par la suite, l'expert a estimé que cette relation était seulement possible, car il y avait eu un certain délai entre son apparition et le traumatisme. Dans la période ayant suivi immédiatement le traumatisme, la patiente s'était plainte de céphalées, de brachialgies, mais le grand nombre de points douloureux actuellement constatés ne pouvait être en relation directe avec l'accident. En examinant les rapports antérieurs, on pouvait suspecter que cette patiente avait déjà présenté ce type de problèmes.

A la question de savoir quelle était l'incapacité de travail consécutive à l'accident, le praticien a répondu comme suit : "Après avoir interrogé et examiné cette patiente, il est indéniable que sa capacité de travail est actuellement nulle et ceci depuis l'accident du 21 octobre 1996. Elle est incapable d'adopter la position assise de manière prolongée et son périmètre de marche est fortement limité. Elle ne pourrait assumer une activité de secrétariat. Cependant, le tableau clinique est majoré par la fibromyalgie «secondaire» qui est elle-même responsable de la pérennité des symptômes

douloureux au niveau lombo-pelvien. J'ai donc l'impression qu'après un délai d'environ 9 mois après l'accident, c'est ce second problème qui va déterminer la capacité de travail".

7. Par lettre du 30 juin 1997, La XYZ a informé son assurée qu'après avoir pris connaissance de l'expertise, elle suspendait le versement de ses prestations, une affection d'ordre maladif ayant pris progressivement le pas sur les séquelles de l'accident. Postérieurement à l'expertise, et à la suggestion de la Dresse Chamot, le médecin-traitant de Mme G. a fait procéder à trois infiltrations, qui n'ont pas eu d'effet bénéfique. Suite à cet échec, le praticien a opté pour un traitement de rééducation en piscine.

8. Le 9 octobre 1997, La XYZ a écrit à nouveau à la Dresse Chamot afin qu'elle réexamine son assurée. Le médecin était invité à se prononcer sur la capacité de travail de Mme G. en relation avec la fibromyalgie.

9. La Dresse Chamot a ainsi rendu un rapport complémentaire daté du 19 novembre 1997. Les plaintes constatées étaient tout à fait superposables à celles annoncées lors de la précédente expertise. La patiente admettait que les douleurs de la fibromyalgie prédominaient, alors que la région lombo-fessière droite était un peu moins symptomatique. L'état ne s'était pas aggravé. A la question de savoir si les plaintes émises par la patiente et les troubles constatés étaient dus de façon certaine, probable, seulement possible ou exclus à l'accident, la Dresse Chamot a répondu comme suit : "Les plaintes actuelles émises par la patiente et les troubles constatés ce jour ne sont plus dus à l'accident du 21 octobre 1996. Comme je l'ai mentionné dans mon rapport précédent, la lombo-fessalgie droite est probablement due à l'accident mais la durée des symptômes sans corrélation organique est disproportionnée par rapport au degré de gravité de l'accident. Le tableau clinique est actuellement dominé par la fibromyalgie".

A la question de savoir si l'incapacité de travail était imputable à l'accident, l'expert a répondu de la manière suivante : "Actuellement, l'incapacité de travail n'est plus imputable à l'accident du 21 octobre 1996. Le délai de 9 mois que j'ai évoqué me paraît plausible. La capacité reste nulle, mais pour des raisons médicales et on ne peut attendre une reprise de l'activité professionnelle dans un proche avenir".

10. Par décision du 21 novembre 1997, La XYZ a mis fin au versement de ses prestations au 31 juillet 1997, ne revenant toutefois pas sur certains remboursements de frais de traitement effectués en août 1997. L'accident n'ayant entraîné ni dommage permanent, ni atteinte permanente ou durable à la capacité de travail ou de gain de l'assurée, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique et à une rente d'invalidité était en conséquence décliné. Mme G. était invitée à annoncer son cas à l'AI et à s'adresser désormais à son assurance-maladie.

11. Mme G. a fait opposition par lettre du 19 décembre 1997. Tout en admettant que "cette saleté de maladie" avait pris le dessus, elle avait dû renoncer à de nombreuses activités, telles que son travail, des balades en montagne, faire du vélo etc. Elle estimait que sans l'accident, elle n'aurait pas eu cette maladie.

12. Par décision du 8 avril 1998, La XYZ a rejeté l'opposition. Appliquant le critère de la vraisemblance prépondérante, La XYZ a estimé que le rapport de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé n'était ni certain, ni probable, mais simplement possible.

13. Mme G. a recouru auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud par acte du 21 avril 1998.

14. Par jugement du 28 avril 1998, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a décliné sa compétence. Etait compétent le Tribunal des assurances du canton où l'intéressée avait eu son dernier domicile en Suisse, ou celui du canton où le dernier employeur suisse était domicilié. Mme G. n'ayant jamais été domiciliée en Suisse, le tribunal compétent était celui du canton où son employeur avait son siège, soit à Genève. Le recours a donc été déclaré irrecevable et il a été transmis au Tribunal administratif à Genève, le 13 octobre 1998.

15. Tandis que La XYZ s'est opposée au recours, se référant à sa décision sur opposition et aux rapports de la Dresse Chamot, Mme G. a insisté sur le fait que sa vie avait basculé le jour de son accident. Elle avait perdu sa mobilité et son entrain. Elle souffrait depuis deux ans et sans cette chute, elle serait encore sur ses deux jambes.

16. Les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle. Mme G. a précisé qu'elle avait reçu son salaire jusqu'en janvier 1998. Son assurance-maladie était la Zurich assurances en France, qui la couvrait seulement pour les soins et traitements. Lorsque La XYZ l'avait invitée à prendre contacte avec la Dresse Chamot, elle avait donné suite à cette proposition. Elle a ajouté : "Je n'avais aucune raison de contester le choix de cet expert".

Interrogé sur les rapports que La XYZ entretenait avec la Dresse Chamot, le représentant de l'intimée a répondu que ce médecin avait été mandaté à deux reprises durant les cinq dernières années. La Dresse Chamot n'était pas du tout l'un de ses médecins-conseil, ni l'un de leurs experts habituels.

17. Dans une lettre postérieure à l'audience précitée, la recourante a précisé qu'elle ne désirait pas obtenir une rente de La XYZ, "mais seulement qu'elle prenne à sa charge les soins et que je puisse avoir recours en cas de problème de santé concernant cette maladie".

18. Le Tribunal administratif a demandé l'apport du dossier AI. Celui-ci ne contient aucune expertise ou aucun avis médical circonstancié que l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) aurait sollicité lui-même. Celui-ci a statué après s'être fait remettre le dossier de La XYZ. Par décision du 28 octobre 1998, l'OCAI a alloué une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, à partir du 21 octobre 1997 et pour une maladie de longue durée".

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-accident du 20 mars 1981 - LAA - RS 832.20).

2. a. En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où

le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 347).

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

3. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 123 III 110 consid. 3a p. 112; 122 V 415 consid. 2a p. 416; 121 V 45 consid. 3a p. 49; 119 V 401 consid. 4a p. 406 et les références).

4. a. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème éd., Berne, 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278 ch. 5).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge

fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante.

b. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 119 V 9 consid. 3c/aa et les références).

Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1993 N° K 921 p. 159 consid. 3b).

5. L'intimée est une compagnie d'assurance privée, autorisée à gérer une branche des assurances sociales, soit l'assurance-accidents, selon la LAA. A ce titre, elle accomplit une tâche de droit public de la Confédération (J. CLERC, La pratique de la LAA du point de vue des compagnies d'assurances privées in : Le droit des assurances sociales en mutation, Mélanges pour le 75ème anniversaire du Tribunal fédéral des assurances, 1992, p. 569 ss, not. 581 et 582) et intervient non en qualité de partie mais en tant qu'autorité neutre dirigeant la procédure conformément à la procédure administrative (art. 47 à 52, 97 à 102 LAA; 53 à 67 OLAA). Elle doit ainsi instruire selon la maxime d'office et confier des expertises à des médecins qui ne sont pas ses employés (ATF 104 V 212).

6. Ainsi que le tribunal de céans a déjà eu l'occasion de le dire, les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises judiciaires au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressée sur le libellé des questions et le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté (ATA M. C. du 2 mars 1999; de C. du 24 novembre 1998; Z. du 6 octobre 1998). 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 celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge.

En l'espèce, les examens médicaux effectués par la Dresse Chamot en mai et en novembre 1997 reposent sur un examen personnel approfondi de l'intéressée. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, et après consultation des dossiers médicaux et radiographiques existants. Enfin, les conclusions de l'expert sont bien motivées. Les rapports de la Dresse Chamot ont donc valeur probante. Le premier rapport de juin 1997 a conclu que les troubles constatés au niveau lombo-fessier droit étaient de façon probable liés à l'accident, tandis que la fibromyalgie était en relation seulement possible avec celui-ci. De plus, le praticien a relevé dans l'anamnèse du patient un accident en 1993 et un autre en 1995 qui pourraient être à l'origine de la fibromyalgie. Dans son second rapport de novembre 1997, le même praticien a clairement indiqué que l'incapacité de travail n'était plus imputable à l'accident. La capacité restait nulle, mais pour des raisons médicales. Le tableau clinique était alors dominé par la fibromyalgie.

Dans ces conditions, le Tribunal administratif ne peut que se ranger à l'avis de la Dresse Chamot, d'autant plus que le dossier est dépourvu de tout avis contraire. Au surplus, la fibromyalgie est une affection que l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge (ATA D. de M. du 23 mars 1999).

7. Le Tribunal administratif renoncera à établir un parallèle entre la rente AI allouée à la recourante, fondée sur un degré d'invalidité à 100 % et les constatations faites par l'assurance-accident, puisque celui-ci a renoncé à l'allocation de toute rente et que la recourante n'en réclame pas. Au demeurant, l'AI a fondé le droit à la rente de la recourante sur l'existence d'une fibromyalgie, qui est une maladie.

8. Les accidents de trajet ne sont pas considérés par la LAA comme accidents professionnels (art. 7 al. 2 LAA; a contrario ATFA 121 V 40). Dès lors, il n'y a pas lieu d'appeler en cause l'assureur maladie français de la recourante (ATA B. du 5 mai 1998 et S. du 9 février 1999).

9. En tous points mal fondé, le recours sera rejeté. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera mis à la charge de la recourante.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

Déclare recevable le recours interjeté le 27 avril 1998 par Madame M. G. contre la décision de La XYZ assurances du 8 avril 1998;

au fond :

le rejette;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

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, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerne;

communique le présent arrêt à Madame M. G. ainsi qu'à La XYZ assurances et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

Au nom du Tribunal administratif :
la greffière-juriste : le président :

V. Montani D. Schucani

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le la greffière :

Mme M. Oranci