du 21 décembre 1999

dans la cause

Madame A. S.
représentée par Me Henri Nanchen, avocat

contre

x.COMPAGNIE D'ASSURANCES

et

Y. - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS

A/871/1999-ASSU

EN FAIT

1. Madame A. S. (ci-après : Mme S. ou la recourante) est assurée au titre de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la société x. compagnie d'assurances S.A. (ci-après : la x.), de siège principal à x., pour les accidents professionnels et non professionnels en sa qualité d'employée de la société S. S.A. (ci-après : S.), de siège à Genève, pour laquelle elle a travaillé du 1er septembre 1988 au 31 juillet 1989, moyennant un salaire annuel de CHF 150'000.--.

2. Le 24 mars 1989, Mme S. a été la victime d'un accident de la circulation sur l'autoroute conduisant de Genève à Lausanne entre la jonction de Coppet et l'échangeur du Vengeron. Circulant au volant de son automobile, Mme S. avait été surprise par les manoeuvres d'un conducteur qui la dépassait et elle avait alors perdu la maîtrise de son propre véhicule, qui heurta la glissière de sécurité centrale, suite à un tête-à-queue et entra en collision avec une voiture tierce. Le 24 mars 1989, Mme S. a été entendue à l'Hôpital de la Tour par un gendarme du corps de police genevois, agissant à l'initiative de la police cantonale vaudoise. Mme S. a alors expliqué avoir été gênée par un véhicule qui la dépassait et qui, s'étant rabattu trop tôt, l'avait obligée à freiner et à tenter de l'éviter. Elle n'avait pas fait usage de sa ceinture de sécurité, étant au bénéfice d'une attestation médicale et souffrait de multiples contusions sur le côté droit, de la tête au pied et d'un hématome au front.

3. Le 10 août 1989, le Dr H. B., généraliste, a complété un certificat médical. L'état général de Mme S. était bon et elle ne souffrait pas de suites de maladie, d'accident ou d'anomalie corporelle. Il avait constaté des vertiges rotatoires lors de tous les changements de position, des douleurs cervicales à la mobilisation de la nuque et costales diffuses du côté droit lors de la respiration profonde. Mme S. souffrait encore d'une "fracture de l'angle gauche de la première (? [un mot manuscrit illisible] supérieure droite" et de douleurs dans la mâchoire inférieure gauche. Les lésions étaient dues uniquement à l'accident et il avait été ordonné une immobilisation cervicale à l'aide d'une minerve, du repos et un traitement par analgésiques. L'intéressée avait repris le travail à 100% le 1er mai 1989 et le traitement était terminé depuis le 29 du même mois.

4. Le 22 août 1990, le Dr J. A. B., chirurgien FMH, a remis

un rapport à la x. concernant la recourante. Malgré l'indication du Dr. H., le traitement médical continuait auprès du Dr B. A., interniste FMH et médecin traitant de la recourante. Selon l'anamnèse pratiquée par le Dr B., la patiente disait qu'elle avait perdu connaissance un court instant et qu'elle n'avait entendu ni le choc de sa voiture contre la glissière, ni celui contre l'arrière d'un second véhicule. Elle avait souffert de vertiges giratoires verticaux lors de son hospitalisation. Elle était encore au bénéfice d'une physiothérapie. Elle jouissait d'une bonne santé et les deux enfants qui l'accompagnaient lors de l'accident n'en avaient pas souffert. Elle avait renoncé à son poste de direction auprès de S. en raison du caractère très astreignant de ce dernier et travaillait au moment de l'examen pour une autre société financière. Mme S. se plaignait encore d'une instabilité lors de changements de position brusques et lorsqu'elle tournait la tête brusquement surtout à droite, elle était hypotendue et les maux de tête étaient constants, tantôt en hémicrânie, en général à droite, tantôt à prédominance frontale, en général à droite également, parfois en casque et aussi bien diurnes que nocturnes. Elle avait perdu de son tonus, mais il était en train de revenir. Elle était préoccupée par la peine qu'elle avait à retenir des chiffres. S'agissant de la colonne cervicale et de la colonne scapulaire, le trapèze et l'angulaire droits étaient douloureux à la palpation, le deltoïde était sensible. La colonne cervicale ne présentait que peu de problèmes cliniques, le haussement des épaules et la traction des épaules en arrière étaient sans problème. Les radiographies du crâne ne montraient pas de lésion osseuse, celles de la colonne cervicale, un alignement correcte des vertèbres et des trous de conjugaison sans particularité, l'espace intersomatique C6-C7 étant un peu mince en arrière. Celles du thorax étaient sans altération pathologique à l'exception d'un début d'éversion des bords vertébraux antérieurs (probablement D8). Quant à la colonne lombaire, elle était d'aspect normal, de même que le sacrum et les articulations sacro-iliaques. Le travail était possible à 100 %, mais "le descriptif donné par la patiente [était] relativement éloquent pour faire comprendre que la vie quotidienne professionnelle et non professionnelle ne [pouvait] pas toujours être appréciée". Le pronostic était réservé. Les symptômes post-commotionnels étant en voie d'amendement. On pouvait penser, sinon à une guérison, du moins à une amélioration importante dans les 12 à 18 mois. Le pronostic des problèmes cervicaux n'était pas très réjouissant et le résultat des examens futurs serait intéressant et utile pour l'appréciation définitive. La patiente devait être revue dans le délai d'un an.

5. Le 7 septembre 1990, le Dr A., s'est adressé à son confrère B. pour lui exposer qu'il avait revu la patiente à sa consultation le 17 août 1990. Sur le plan subjectif, il y avait une nette amélioration et une diminution des sensations vertigineuses, qui ne duraient plus que quelques secondes. Les céphalées avaient également diminué mais Mme S. signalait des paresthésies dans la main gauche, essentiellement la nuit, et touchant tous les doigts. La sensibilité superficielle était conservée de même que les réflexes et la force musculaire. Les mouvements du bras droit étaient libres mais on notait un arc douloureux. Les rotations du rachis cervical étaient libres et indolores, la flexion et l'extension sans particularité. À l'examen radiologique, la colonne cervicale ne présentait ni discopathie, ni uncodiscarthrose. En flexion/extension, on notait une raideur dans la flexion antérieure et un décrochement en C2-C3 et C3-C4. L'évolution était donc lentement favorable et il y avait une indication à poursuivre la physiothérapie.

6. Le 21 janvier 1992, le Dr B. a rendu un second rapport. L'intéressée était suivie épisodiquement par le Dr A. et s'astreignait à une physiothérapie régulière. Son intégrité professionnelle avait baissé en intensité et elle avait abandonné le tennis. Elle ne faisait qu'un peu de marche. Les vertiges giratoires verticaux avaient disparu, l'instabilité persistait lors des changements brusques de position et les céphalées étaient devenues occasionnelles. Les douleurs de la nuque et de l'épaule droite persistaient et Mme S. avait mentionné pour la première fois des douleurs à la hanche droite, qu'elle attribuait également à l'accident. On relevait une contracture relative du trapèze et de l'angulaire droit et des sterno-cléido-mastoïdiens durs et douloureux à la palpation. La mobilité passive de l'épaule droite faisait ressentir un craquement au passage de l'élévation antérieure à l'élévation postérieure. Les hanches avaient été examinées après coup et présentaient une mobilité omnidirectionnelle absolument normale. S'agissant des radiographies, celles de l'espace C2-C4 montraient une translation antérieure en flexion et l'espace C4-C5 était hypermobile. La mobilité C2-C3 était pratiquement nulle, quelle que soit la position de la colonne cervicale.

S'agissant d'apprécier le cas, le Dr B. a exposé que l'examen s'était incontestablement amélioré en un an et demi et qu'il s'agissait d'une personne sensible et relativement fragile, attachant beaucoup d'importance à ses troubles. On pouvait les résumer par un unique problème cervical, à l'origine des migraines occasionnelles ainsi que des vertiges

résiduels. Les phénomènes d'instabilité au passage brusque de la position assise à la position debout étaient probablement attribuables à une hypotension, connue de longue date. Le problème scapulaire était mineur et le Dr B. n'avait pas d'explication précise des douleurs de la hanche droite. Une invalidité pour incapacité de gain ne devait guère être envisagée et l'atteinte à l'intégrité pouvait être indemnisée à hauteur de 10 %. Après la fin de la série de physiothérapie en cours au moment de l'examen, il y avait lieu d'en ordonner une dernière, de douze séances, laissée à la discrétion du médecin traitant, le Dr A..

7. Le 8 avril 1992, la x. a rendu une décision concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Celle-ci était fixée à 10 % du montant maximal autorisé lors de l'accident, soit à CHF 8'160.--.

8. Le 12 janvier 1993, la société la Défense Automobile et Sportive S.A., de siège à Genève (ci-après : la DAS), s'est adressée à la x.. La question de l'invalidité économique n'avait pas été abordée, or le salaire de l'assurée avait chuté de 50 %. Comme une nouvelle expertise avait dû être effectuée, la x. était priée d'en faire connaître les résultats. Le 2 février 1993, la DAS a transmis à la x. des attestations de salaire concernant la période du 1er octobre 1989 au 31 décembre 1990.

9. Le 15 avril 1994, le Dr A. a attesté qu'il suivait toujours la recourante pour des cervicalgies chroniques post-traumatiques, mais également pour d'autres problèmes ostéo-articulaires sans relation avec l'accident. S'agissant d'un éventuel dommage permanent, il a renvoyé au rapport du Dr B. du 21 janvier 1992.

10. Le 23 août 1994, le Dr O. J., neurologue FMH, a attesté de la persistance d'une fragilité cervicale, de céphalées migraineuses récidivantes correspondant à des migraines cervicales et il a posé le diagnostic définitif de fragilité cervicale post-traumatique, de douleurs radiculaires C5-C6 intermittentes, de migraines cervicales et d'une discopathie cervicale C5-C6 et C4-C5 débutante. Il n'y avait pas d'incapacité de travail, mais une limitation intermittente des activités professionnelles. Il a estimé le dommage permanent "anatomique" à 10 % et s'agissant de l'activité à 20 %. À la question de savoir si le changement d'employeur au 1er octobre 1989 devait être considéré comme étant la conséquence directe de l'accident survenu le 24 mars de la même année, le Dr J. a répondu qu'il ne savait pas.

11. Les 5 octobre et 14 décembre 1994 ainsi que le 2 mars 1995, la DAS a prié la x. de se déterminer.

12. Le 18 mars 1995, la x. a informé la DAS qu'elle comptait confier à l'un de ses inspecteurs l'audition de Mme S..

13. Aucune pièce ayant trait à ces mesures d'enquêtes n'a été produite.

14. a. Le 8 juillet 1996, le Prof. F. R. et le Dr G. F., du service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : le CHUV), ont rendu un rapport médical, fondé sur l'étude du dossier médical, du dossier radiologique, l'anamnèse et l'examen neurologique lors d'une consultation au sein du service de neurologie et sur un examen à la consultation de neuropsychologie du CHUV (service du Prof. G. As.).

Selon l'anamnèse menée par ces deux praticiens, la recourante ne souffrait d'aucun antécédent médical particulier. Elle avait eu des activités professionnelles qui l'amenaient à beaucoup voyager et elle se décrivait comme très sportive et dynamique. Les céphalées et les cervicalgies dont elle se plaignait au moment de l'examen avaient débuté "pratiquement immédiatement après le traumatisme". L'évolution des problèmes comme des sensations vertigineuses très intenses, intermittentes et violentes, l'obligeant à se coucher, avait été malgré tout positive entre 1989 et 1992 et un bon nombre des troubles invalidants avait régressé. La recourante gardait cependant un état résiduel qui ne semblait pas s'estomper.

S'agissant des plaintes actuelles, Mme S. avait l'impression de troubles mnésiques. Elle oubliait des rendez-vous, des objets et manquait d'attention. Elle se plaignait encore de cervicalgies et de céphalées, de même que de dorsalgies. Enfin, elle avait développé un "vertige des hauteurs", inconnu avant l'accident. Elle était sans activité professionnelle au moment de l'examen médical, ayant été congédiée au mois d'octobre 1989.

À l'examen, la patiente était orientée et collaborante, en présentant ni symptômes, ni signes invoquant une simulation ou une psychopathologie sévère. La mobilité cervicale était normale et des douleurs aux insertions musculaires cervico-dorsales étaient prédominantes à gauche. Le reste de l'examen était sans particularité.

b. Un examen neuro-psychologique a été administré le 3 mai 1996 par Mmes P. V. et C. P.-F., psychologues associées.

La patiente s'était montrée collaborante, orientée, au contact adéquat, fatigable et légèrement ralentie. Elle se plaignait de troubles mnésiques, de fatigabilité, de maux de tête, d'une baisse de l'odorat ainsi que d'une baisse également de la tolérance au bruit et à l'alcool, de même que d'irritabilité et de douleurs cervicales et de vertiges. Elle évoquait des sentiments dépressifs. Elle s'était montrée très affectée par ses difficultés à un test d'apprentissage (empan visuo-spatial plus un élément). L'expression spontanée était sans particularité alors qu'un test fin de dénomination était sévèrement déficitaire, même compte tenu des réponses en anglais. La lecture et la dénomination continues étaient ralenties. Les praxies constructives étaient réussies alors que pour les praxies idéomotrices, les gestes d'utilisation étaient insuffisants. L'imitation de gestes sans signification étaient à la limite de même que le test de Poppelreuter pour les gnosies alors que la reconnaissance de visages célèbres et la discrimination droite-gauche étaient bonnes. En mémoire, l'empan verbal était sévèrement déficitaire alors que l'empan visuo-spatial était limite. Les apprentissages étaient sévèrement déficitaires. Elle avait échoué à certaines épreuves dites exécutives et l'affluence verbale était modérément déficitaire en modalité littérale et sérieusement déficitaire en modalité catégorielle. La dénomination en conflit avec la lecture était sévèrement déficitaire. À une épreuve d'ordination de chiffres, le rendement était limite.

Les deux psychologues avaient ainsi conclu à des troubles mnésiques et des troubles exécutifs. Les difficultés d'accès lexical étaient à relativiser du fait du plurilinguisme.

c. S'agissant du dossier radiologique, aucune image ne montrait de signe en faveur d'une atteinte ostéo-ligamentaire traumatique.

d. L'intéressée avait ainsi conservé un vécu particulier de l'accident et revivait la scène du traumatisme, qui perturbait ainsi son sommeil et son existence. Des céphalées et des cervicalgies s'en suivirent et s'accompagnèrent progressivement d'un état dépressif, avec troubles du sommeil. Malgré une reprise du travail après l'accident, l'intéressée avait jugé que son rendement n'était plus compatible avec sa tâche.

L'accident avait certes entraîné une commotion cérébrale mais une touche contusionnelle était peu probable. La distorsion cervicale provoquée était simple et elle

n'entraînait habituellement que des cervicalgies et des céphalées certes chroniques mais non invalidantes. Chez l'intéressée, cette douleur avait déclenché un état dépressif chronique.

Le status neurologique était normal. Les performances très réduites lors des tests neuro-psychologiques étaient - selon l'hypothèse la plus vraisemblable - l'expression d'un état dépressif et anxieux, déclenché par le stress post-traumatique et les douleurs aiguës, puis chroniques. Le dysfonctionnement neuro-psychologique ne correspondait pas à une lésion cérébrale ou à des lésions cérébrales post-traumatiques. Enfin, on ne pouvait pas exclure la possibilité d'un dysfonctionnement progressif de nature non traumatique mais cette hypothèse devait être vérifiée par des examens neurologiques successifs.

Pour le Prof. o et le Dr F., la relation de causalité naturelle entre l'état actuel et le traumatisme était établie, même si l'état dépressif de l'intéressée ne correspondait pas aux séquelles habituelles d'une distorsion cervicale simple et d'une commotion cérébrale subie sept ans auparavant. Ces médecins ont dès lors proposé de considérer que l'invalidité de la patiente, soit l'incapacité de travail, dépendait pour un tiers de l'accident et pour deux tiers de facteurs extra-traumatiques. Quant à la "perte de l'intégrité corporelle", elle devait être chiffrée à 10 % au maximum.

e. À la question de savoir si les troubles constatés étaient la conséquence de l'accident, les Dr F. et o ont répondu qu'il n'y avait aucun élément qui leur permettait d'affirmer que la patiente aurait développé les troubles invalidants en l'absence de l'accident de 1989. Ils ont répété "qu'un tiers de l'incapacité de travail devait être considéré comme la conséquence adéquate du traumatisme et de ses suites et deux tiers en relation avec des facteurs extra-traumatiques". Une prise en charge psychiatrique était urgente et elle pouvait entraîner une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressée, qui était totalement incapable de travailler au moment de l'examen.

15. Le 15 juillet 1996, la x. a transmis à la DAS le rapport du Prof. o, constatant que ce dernier admettait un lien de causalité naturelle mais que la question de la causalité adéquate se posait.

16. Le 25 mars 1997, la x. a informé la DAS des éléments

de la décision qu'elle comptait prendre.

17. Le 11 avril 1997, la DAS s'est adressée à la x. pour constater que ce dernier assureur n'acceptait pas les conclusions du Prof. o alors qu'il était un expert reconnu.

L'intéressée travaillait au moment de l'accident pour un salaire annuel de CHF 150'000.-- et elle n'avait pu conserver ce poste en raison du sentiment qu'elle avait de ne plus disposer des capacités physiques nécessaires. Elle avait dû accepter des emplois moins rémunérés alors qu'elle aurait pu recevoir un revenu annuel de CHF 250'000.-- auprès de S., selon les renseignements recueillis par la x. elle-même dans un rapport du 23 novembre 1995. Il ressortait du rapport que les médecins n'avaient pas répondu à la question que la DAS avait demandé d'ajouter au questionnaire, concernant la capacité ménagère de l'intéressée, qui n'avait pas été posée. Il ressortait toutefois de ce rapport médical l'existence d'un lien de causalité naturelle, reconnu par les médecins, même si ceux-ci ont proposé de ne retenir qu'à hauteur d'un tiers le lien de causalité adéquate.

18. Le 2 décembre 1997, la x. a rendu une décision. La carrosserie du véhicule de Mme S. s'était totalement disloquée et l'engin avait été considéré comme hors d'usage. Faute d'élément dramatique, l'accident devait être classé dans la catégorie de ceux de gravité moyenne. Le traitement des lésions physiques et l'incapacité de travail avaient été de courte durée puisqu'une reprise avait été ordonnée dès le 1er mai 1989. Les examens radiologiques pratiqués avaient été, pas plus tard, dans la norme et le problème du tunnel carpien qui avait été évoqué avait une étiologie maladive. L'état dépressivo-anxieux que présentait la recourante n'était que partiellement en relation de causalité naturelle avec l'accident du 24 mars 1989. En conséquence, la limitation de la capacité de gain découlait de cet état dépressivo-anxieux invalidant, mais la perte de l'intégrité corporelle n'était pas significative et donc pas de nature à générer une incapacité de gain.

19. Le 26 mai 1998, le Dr J. a adressé un rapport à la DAS. Ce praticien n'avait pas de "modifications importantes à apporter à l'expertise pratiquée au CHUV". Il considérait que le rapport était clair quant à la causalité, considérant seulement que les antécédents étaient "responsables" à hauteur de 50 %. Il a encore suggéré de demander une expertise psychiatrique afin de déterminer si un état dépressif subsistait, faute de quoi il faudrait également accorder une certaine importance à la dysfonction cervicale qui perturbait

encore l'intéressée dans sa vie quotidienne.

20. Le 17 juin 1998, la DAS, agissant toujours au nom de Mme S., a formé opposition à la décision de la X. et a conclu à titre préliminaire à une expertise psychiatrique, et, sur le fond, au paiement d'une rente d'invalidité.

21. Le 22 juin 1998, la x. a fait connaître à la DAS qu'elle acceptait de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique. Elle lui soumettait les questions qu'elle avait l'intention de poser au Dr J. M., psychiatre FMH, et offrait à la DAS de poser des questions complémentaires. Ce praticien se chargerait alors de convoquer directement l'intéressé.

22. Le 20 mai 1999, le Dr M. a remis son rapport d'expertise. Il avait reçu et examiné Mme S. à une reprise et avait pris connaissance du dossier médical et administratif. Il a noté que l'intéressée était soignée sur le plan vestimentaire et que le contact avec l'interlocuteur était bon "voire même collant". Le discours était discrètement ralenti, cohérent, mais entrecoupé souvent de pauses et de rappels de faits que l'expertisée ne pouvait jamais vraiment bien préciser dans le temps ou l'espace. Elle s'était contredite à de nombreuses reprises et l'expert avait dû procéder à des recoupements pour obtenir des réponses qu'il trouvait cohérentes. Il n'avait pas mis en évidence de troubles d'ordre dépressif, mais plutôt un vide narcissique majeur. Il n'y avait pas non plus de troubles d'allure psychotique, la capacité d'introspection et d'insight était nulle. L'examen neuro-psychologique était inévaluable, car "les différentes praxies, gnosies, etc. testées [étaient] fortement déficitaires alors que la patiente [était] bien orientée aux divers modes, sans troubles du langage et autonome pour son habillement. L'examen lui paraissait donc également utilisé à des fins manipulatoires et n'était absolument pas superposable à celui effectué au CHUV. Il diagnostiquait ainsi une personnalité à fonctionnement psychosomatique. Son parcours était émaillé d'effondrements narcissiques suivis de reconstitutions rapides; en effet, son premier enfant était handicapé mental, mais le récit des pérégrinations médicales prenait pour l'expertisée l'aspect d'un parcours triomphal: elle avait pu rencontrer les plus grands spécialistes mondiaux de la médecine et obtenir ce qu'il y avait eu de mieux pour sa fille. Sur le plan professionnel, son parcours avait été tout à fait dans les normes, avec un aboutissement à un poste de vice-directrice chez S. pendant six mois seulement. L'accident qu'il fallait qualifier de moyen n'avait été que l'un des catalysateurs de l'apparition de la béance et du vide narcissique de

l'expertisée. L'existence d'un lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident de la circulation était improbable. Un traitement basé sur une prise en charge psychiatrique où l'expertisée pourrait verbaliser ses émotions et ses conflits intra-psychiques pourrait permettre d'améliorer sensiblement son état. Il faudrait toutefois avoir une prise en charge de longue durée, compatible avec le mode de fonctionnement de la personnalité de l'expertisée, car une constatation trop brusque à la réalité ne ferait qu'exacerber ses troubles psychosomatiques.

23. Le 9 juin 1999, la x. a rejeté l'opposition de Mme S. au motif que l'accident n'avait eu qu'une gravité moyenne et que seule une partie de l'incapacité de travail serait à mettre en relation de causalité naturelle avec cet accident, selon l'expertise du Prof. o.

24. Le 8 septembre 1999, un avocat s'est constitué pour la défense des intérêts de Mme S. et a recouru contre la décision sur opposition que cette dernière avait reçue le 10 juin 1999. Le rapport d'expertise du Dr M. était incomplet. Ce praticien n'avait pas pris la peine de discuter les avis de ses confrères o, F., A. et J.. Il procédait par affirmations péremptoires qui laissaient perplexe et tranchaient avec l'analyse méthodique et détaillée des spécialistes du CHUV. Ce rapport n'avait pas de force probante ou devait à tout le moins être complété par une nouvelle expertise confiée à un spécialiste neutre et indépendant.

Se fondant sur la jurisprudence publiée (ATF 119 V 335-347 et 117 V 359-369 ainsi que 369-385), le conseil de la recourante a exposé que l'intéressée présentait un tableau clinique typique, malgré d'absence de preuves d'un déficit fonctionnel organique, qui devait conduire à admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle. De surcroît, l'assureur l'avait lui-même admis dans sa décision du 2 décembre 1997. S'agissant de la causalité adéquate, référence était faite à l'arrêt rendu le 31 août 1989 par le TFA (ATF 115 V 403-413) pour soutenir que l'accident devait être considéré comme grave. Sur le vu des caractéristiques de cet accident, de la durée du traitement médical et du caractère aigu, du caractère chronique des douleurs physiques ainsi que de la persistance des céphalées et des vertiges, de même que des atteintes aux facultés mentales, il fallait considérer que la condition de la causalité adéquate était également remplie.

La recourante avait dès lors droit à une rente au sens de l'article 18 alinéa 2 LAA. Quant à l'indemnité pour

atteinte à l'intégrité, elle devait être revue au regard des conséquences définitives de l'accident. La recourante conclut à la reprise du paiement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, puis à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.

25. Le 23 septembre 1999, le greffe du tribunal a appelé en cause l'association Y., assurance suisse de maladie et accidents, de siège à Lucerne (ci-après : Y.).

26. Le 22 octobre 1999, la x. a répondu au recours. Avant de travailler pour S., Mme S. était employée auprès d'une banque pour un salaire annuel de CHF 106'000.-. Il était impossible de prétendre que son dernier employeur avant l'accident lui aurait accordé une augmentation de salaire en raison de la brièveté de sa collaboration. L'accident avait été de peu de gravité, voire d'une gravité moyenne. Le Dr B. avait constaté une amélioration de la situation médicale dans son rapport médical du 22 août 1990. Une incapacité de gain ne devait guère être envisagée. Le changement d'emploi n'avait aucun rapport avec l'accident. Le Prof. o avait proposé d'attribuer l'invalidité de la patiente pour un "tiers à la charge de l'accident". L'expertise effectuée par le Dr M. l'avait été de manière contradictoire et ce praticien avait observé des troubles psychiques de la personnalité de l'intéressée, soit une personnalité narcissique à fonctionnement psychosomatique. La x. conclut à ce que le recours soit rejeté, les conclusions concernant une indemnité pour atteinte à l'intégrité étant irrecevables, Mme S. n'ayant pas contesté la décision prise par l'assureur intimé le 8 avril 1992 de lui allouer une telle indemnité à concurrence d'un taux de 10 %.

27. Le 26 octobre 1999, la Y. s'est déterminée. Cette caisse partageait l'avis de son assurée, les troubles présentés par cette dernière engageaient la responsabilité de l'assureur accident et non de la caisse-maladie. Les experts du CHUV avaient admis un rapport de causalité naturelle avec l'accident et une indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été allouée à la recourante, ce qui supposait la reconnaissance de séquelles durables. Compte tenu de la jurisprudence particulière du TFA en matière d'accidents du type "coup du lapin" (arrêt du 31 décembre 1996 in RAMA 1997 167-175), l'assureur-accidents ne pouvait distinguer les composantes physiques et psychiques pour évaluer le lien de causalité adéquate et ce dernier devait être admis compte tenu des circonstances de l'accident subi, de la nature et de la persistance des troubles présentés ainsi

que de la durée de l'incapacité de travail.

28. Les 27 et 28 octobre 1999, le greffe du tribunal a transmis aux parties concernées la réponse de la x. et la détermination de la Y..

29. Le 16 décembre 1999, il les a informées 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 S. du 23 mars 1999 et 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. Dans ce cas, la décision rendue est opposable à ce tiers.

En l'espèce, c'est à tort que l'assureur-accidents intimé n'a pas invité l'assureur-maladie à participer à la procédure en lui communiquant sa propre décision. Ce vice de procédure peut toutefois être considéré comme réparé dans le présent cas, car l'assureur-maladie aura pu participer à la procédure devant le tribunal de céans et l'issue du litige ne fera pas naître de charges nouvelles en ce qui le concerne, de sorte que la simple annulation de la décision entreprise et le renvoi du dossier à l'assureur-accidents intimée ne satisferaient qu'à des exigences purement formelles. Il y sera donc renoncé exceptionnellement, étant précisé que l'assureur-accidents devra adapter ses pratiques aux exigences légales et jurisprudentielles.

3. Il n'y a pas lieu enfin de demander l'apport du dossier

de l'assurance-invalidité, le principe d'unité de la notion d'invalidité ne s'étendant pas à celle de causalité adéquate au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) à tout le moins en l'espèce (ATF B. du 21 février 1997, cause U5/96/kt in Plaidoyer 5/1997 p. 61, n.p. G. du 16 février 1997; ATA F. du 7 décembre 1999).

4. a. L'intimée est une compagnie d'assurance privée, autorisée à gérer une branche des assurances sociales, soit l'assurance-accidents, selon la LAA. À 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; ATA S. du 9 février 1999).

b. Les expertises administratives (art. 12 let. e de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968, PA - RS 172.021) ont une valeur probante et ne sont nullement assimilables à des expertises de parties, l'administration n'agissant alors pas en tant que partie, mais en tant qu'organe administratif chargé d'appliquer la loi. Il découle de la validité des expertises administratives, soit de la présomption d'objectivité qui leur est rattachée, que l'avis d'un spécialiste mandaté, que ce soit au cours de la procédure administrative ou judiciaire, doit en principe être préféré à celui du médecin traitant de l'assuré (A. GHELEW, O. RAMELET, J.-B. RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Lausanne, 1992, p. 323).

c. S'agissant d'un rapport médical établi par un médecin employé de la CNA, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que s'il était convaincant et que les objections invoquées à son encontre dans le cadre du recours de droit administratif ne suscitaient pas de doute quant à sa valeur probante, il était superflu de se livrer à d'autres enquêtes médicales, car il ne fallait pas s'attendre à pouvoir faire d'autres constatations. (Extrait d'un ATFA du 21 novembre 1988 de la CNA; ATF 104 V 212; ATA S. du 29 mars 1994). Le Tribunal administratif a déjà jugé que cette jurisprudence était applicable par analogie à une compagnie d'assurance privée autorisée à gérer une branche des assurances sociales

(ATA S. précité et G. du 6 septembre 1994).

d. La valeur probante d'un rapport médical dépend du point de savoir si l'avis est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse du patient, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées; si ces conditions sont réunies aucune preuve supplémentaire ne saurait être administrée (A. GHELEW, O. RAMELET, J.-B. RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Lausanne, 1992, p. 323).

e. Il appartient au médecin d'apprécier de manière globale les conséquences d'un accident sur l'état de santé de la victime et d'indiquer par rapport à quelles activités et dans quelle mesure l'assuré est inapte au travail.

Le juriste n'est pas en mesure d'apprécier des situations qui relèvent de considérations d'ordre strictement médical et il ne peut se prononcer en pleine connaissance de cause sur la pertinence de l'avis d'un médecin. Dès lors et s'agissant du diagnostic médical, le juge ne saurait s'écarter sans motifs concluants de l'appréciation d'un spécialiste (ATA M. du 18 février 1997 et M. du 14 juin 1994).

Dans la présente affaire, le tribunal dispose notamment des rapports médicaux des Drs B., généraliste, A., rhumatologue, et J., neurologue, qui sont tous les médecins traitants de l'intéressée. Cette dernière a encore été examinée par le Dr B., chirurgien, pour le compte de l'assureur-accidents intimé sans toutefois que cet examen ait été décidé après que l'intéressée a pu se prononcer sur les questions à poser et sur le choix du médecin. Enfin, une expertise médicale pluridisciplinaire, après consultation de l'intéressée, a été menée sous la direction du Prof. o et une expertise psychiatrique a encore été demandée d'accord entre les parties au Dr M., psychiatre.

Dans ces conditions, le tribunal de céans considérera que la cause est en état d'être jugée et fera fond sur les différents documents dont il dispose pour trancher. Seuls les rapports du Prof. o et de son équipe ainsi que du Dr M. remplissent les critères d'une véritable expertise, s'agissant de la procédure suivie par l'assureur. Pour ce qui est du contenu, il faut noter que seule l'expertise du Prof.

o comporte une revue précise des documents mis à sa disposition, soit les dossiers médicaux et radiologiques ainsi que les rapports d'examens des consultations de neurologie et de neuropsychologie alors que le Dr M. fait seulement état d'un dossier médical et administratif que lui aurait remis l'assureur-accidents et mentionne le travail de ses confrères sans guère de détails qui auraient démontré le soin pris à une discussion approfondie. Il est frappant que ce dernier, en page 2 de son rapport, mentionne certes le rapport du Prof. o, mais ne le discute pas alors qu'il s'éloigne pourtant des conclusions de ce médecin reconnu et de son équipe. Alors que deux psychologues ont réalisé pour le Prof. o un examen neuro-psychologique concluant notamment à des troubles mnésiques et à des troubles exécutifs, le Dr M. se contente de parler d'un examen neuro-psychologique utilisé à des fins manipulatoires et qui ne serait pas superposable à celui effectué en 1996 au CHUV, sans exposer clairement les raisons de son désaccord. S'agissant de la causalité naturelle, le Dr M. rejette les conclusions du Prof. o sans exposer non plus les raisons précises de son désaccord. Considérant que le CHUV dispose d'un service complet de neurologie et que l'auteur du rapport s'est appuyé sur les considérations de spécialistes en neuropsychologie au sein du même établissement universitaire alors que le Dr M. se contente de rejeter les conclusions de ses confrères sans s'appuyer sur un nouvel examen spécialisé, il faut donner la préférence au rapport du Prof. o, sur celui du Dr M.. De surcroît, la suggestion du Prof. o de procéder à des examens neurologiques diachroniques n'a pas été reprise par le dernier expert, ni suivie par l'assureur.

5. La prise en charge des suites d'un accident de type "coup du lapin" sans preuve d'un déficit fonctionnel suppose l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain qui doit être en principe admise en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes, maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression etc. lorsque ce tableau a été établi par des médecins travaillant de manière interdisciplinaire (RAMA 1997 167 consid. 1b p. 170; cf. également ATF n.p. C. du 15 juillet 1999 et les références citées; ATA F. précité).

En l'espèce, la patiente a souffert d'une commotion cérébrale et d'une distorsion cervicale simple entraînant des céphalées et des cervicalgies post-traumatiques ainsi qu'un état dépressif et anxieux sévère, troubles invalidants dont rien ne permet d'affirmer qu'ils se seraient développés sans l'accident de 1989 selon le Prof. o. Les neuropsychologues

ont constaté des performances très réduites lors des tests neuro-psychologiques avec des déficits pour les qualités mnésiques et des troubles du raisonnement. Selon le Prof. o, l'hypothèse la plus vraisemblable est que ces troubles sont l'expression de l'état dépressif et anxieux de la patiente, déclenchés par le stress post-traumatique et la douleur aiguë, puis ensuite chronique. Certes, il a ajouté qu'il ne pouvait exclure la possibilité d'un dysfonctionnement progressif de nature non traumatique, mais à titre de simple hypothèse de travail, validée ni par le dernier expert commis, ni par d'autres médecins qui auraient été mis en oeuvre par l'assureur intimé.

Il faut relever de surcroît que le 22 août 1990, le Dr B. avait réservé son pronostic que les symptômes post-commotionnels étaient en voie d'amendement et que l'on pouvait penser, sinon à une guérison, du moins à une amélioration dans un délai d'un an à un an et demi. Le 21 janvier 1992, il a proposé d'indemniser l'atteinte à l'intégrité à hauteur de 10 %, chiffre que l'on retrouve dans l'expertise du Prof. o. Le 8 avril 1992, l'assureur-accidents intimé a fait siennes les conclusions du Dr B. et a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 10 %. Considérant que les conditions d'une telle indemnisation supposent notamment une atteinte importante et durable à l'intégrité physique ou mentale de l'assurée (art. 21 al. premier LAA), on voit mal comment le même assureur peut maintenant soutenir que son assurée n'a pas été atteinte de manière durable par l'accident de 1989.

6. Il convient encore d'examiner la question de la causalité adéquate.

a. Selon des arrêts qui n'ont pas été remis en question jusque-là (cf. notamment RAMA 1997 167 consid. 4 p. 174; ATF 115 V 133 consid. 6 c/aa p. 140), les accidents ont été classés en légers, moyens ou graves, le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques devant être nié en règle générale pour les accidents légers et admis seulement pour les accidents moyens, dans la mesure où certains autres critères sont remplis (cf. sur ce point ATF n.p. de O. du 29 novembre 1999, consid. 3b), étant précisé qu'il ne fallait pas, en matière de "coup du lapin", différencier entre les plaintes qui étaient décrites d'un point de vue médical comme de nature organique ou psychique. Cette théorie de la causalité adéquate en matière de troubles psychiques a soulevé de nombreuses critiques (cf. notamment Peter GOOM, Kausalität in der Unfallversicherung, Plaidoyer 3/1997 p. 28 et ss). Cet auteur critique la tripartition des

accidents pratiquée par le TFA et suggère que la jurisprudence s'en tienne à une définition unique de la causalité adéquate, en s'alignant sur les conceptions qui prévalent en droit civil (eodem loco, pp. 33 à 35). Dans un arrêt ultérieur (ATF du 16 septembre 1997, cause n° U 16/1998 [sic], in Plaidoyer 2/1998 p. 73 et ss), le Tribunal fédéral a admis qu'un lien de causalité adéquate pouvait également se présenter en cas d'accident léger. Dans cette dernière espèce, il s'agissait d'une personne victime d'un "coup du lapin" après un accident de la circulation en lui-même bénin: le TFA a admis le droit à une rente pour une personne moins solide qu'autrui et qui pouvait ainsi se voir reconnaître ce droit, malgré le caractère léger de l'accident subi. Il faut toutefois que les critères valant pour un accident de gravité moyenne soient remplis (ATA F. précité).

En l'espèce, l'accident proprement dit a été qualifié de moyen par l'assureur notamment dans sa décision du 2 décembre 1997. Il n'y a pas lieu de revenir aujourd'hui sur cette appréciation. Il faut noter encore que la recourante souffre toujours de troubles à sa santé qui ressortent de tous les avis médicaux, sauf celui du Dr M.. Tant le Prof. o en 1996 que le Dr M. en 1999 considèrent qu'une prise en charge psychiatrique serait indiquée, même s'ils diffèrent sur les motifs d'une telle prise en charge. Ils en attendent une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé et le Prof. o considère dès lors qu'il n'y a pas encore lieu de se prononcer sur la capacité de travail ultérieure. Sur le vu des circonstances de l'accident lui-même, les troubles à la santé de la recourante et la nécessité d'un traitement médical qui perdure, il faut admettre que la condition de l'existence d'un lien de causalité adéquate est également satisfaite.

b. Selon l'article 36 alinéa premier LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte n'est que partiellement imputable à l'accident. Selon l'alinéa 2 du même article, les rentes d'invalidité et les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Il n'y a pas lieu toutefois de tenir compte des états antérieurs sans conséquence sur la capacité de gain.

Dans une affaire semblable, concernant également les suites d'un accident du type "coup du lapin", le tribunal de céans avait fixé le taux d'une rente d'invalidité à 20 %, se fondant sur le taux d'incapacité de travail dû, à dire

d'expert, à l'événement accidentel (ATA Sch. du 26 mai 1998).

Le TFA a modifié sur ce point l'arrêt cantonal en ce sens que le recourant avait droit à une pleine rente d'invalidité: il a estimé en effet que les prestations au sens de l'article 36 alinéa 2 LAA ne pouvaient être réduites que si l'état morbide préexistant avait entraîné une diminution durable et importante de la capacité de gain avant l'accident et qu'il dénotait ainsi un caractère invalidant (ATF n.p. Sch. du 25 mai 1999 et la jurisprudence citée in SJ 1999 II 296 n° 91).

En l'espèce, la recourante travaillait pour une banque où elle réalisait un salaire annuel brut d'environ CHF 110'000.–, qu'elle a quittée pour S. où son salaire annuel s'élevait à CHF 150'000.–. Il ne ressort nullement du dossier que l'état morbide préexistant, si tant est qu'il faille suivre sur ce point l'expert M., avait un caractère invalidant. Au contraire, la carrière professionnelle de l'intéressée semblait alors marquée par une évolution ascendante et on ne saurait lui faire grief, contrairement à ce que semble soutenir l'assureuraccidents, de n'avoir travaillé que neuf mois pour S., puisqu'elle allègue précisément, confortée en cela par le résultat des tests neuro-psychologiques, qu'elle n'était plus à même d'assumer les responsabilités qui étaient les siennes avant l'événement traumatique. La recourante a donc droit à des indemnités journalières qui ne pourront être réduites en vertu de l'article 36 alinéa premier LAA. Il appartiendra de surcroît à l'assureur-accidents de prendre en charge les frais d'un traitement psychothérapeutique dans le sens recommandé par les experts qu'il a mandatés. Une fois qu'il n'y aura plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assurée, le droit aux indemnités journalières non réduites cessera (art. 19 al. 1er LAA) et la recourante aura droit à une rente d'invalidité pour autant que sa capacité de gain subisse encore une atteinte permanente ou de longue durée (art. 18 al. 1er et 2 LAA). Cette rente ne saurait non plus être réduite en raison de l'état antérieur décrit par les experts et ce en application de la jurisprudence du TFA précitée. Dans cette mesure, le recours est bien fondé.

7. La recourante demande encore la révision du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il faut constater à cet égard, que la décision prise en 1992 par l'assureur-accidents n'a pas été contestée à temps et qu'elle est devenue définitive. Une fois le traitement médical terminé, il appartiendra à l'assurée de demander la révision

de cette indemnité si elle s'y estime fondée.

8. Le recours est ainsi largement admis. La recourante a droit dès lors au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure que fixera le tribunal (art. 108 al. 1er let. g LAA et 89 G al. 1er 2ème phrase LPA). L'assureur intimé sera dès lors condamné au versement d'une indemnité de CHF 2'000.-.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 8 septembre 1999 par Madame A. S. contre la décision de la x. compagnie d'assurances du 9 juin 1999;

préalablement :

appelle en cause l'association Y. assurance-maladie et accidents;

au fond :

admet partiellement le recours;

annule la décision sur opposition rendue par l'intimée le 9 juin 1999;

condamne l'intimée au versement d'une indemnité journalière et au paiement du traitement médical sous forme de prise en charge psychiatrique;

renvoie la cause à l'intimée pour qu'elle procède conformément aux considérants;

rejette le recours pour le surplus;

alloue à la recourante une indemnité d'un montant de CHF 2'000.-;

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 Me Henri Nanchen, avocat de la recourante, à la x.

compagnie d'assurances, à l'Y. assurance-maladie et accidents ainsi qu'à l'office fédéral des assurances sociales.

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

Au nom du Tribunal administratif :

le secrétaire-juriste : le président :

O. Bindschedler D. Schucani

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le la greffière :

Mme M. Oranci