

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1294/2005

ATAS/931/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 2 novembre 2006**

En la cause

Madame W \_\_\_\_\_, domiciliée , 1212 Grand-Lancy, comparant  
par Me Mike HORNUNG en l'Etude duquel elle élit domicile

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE ASSURANCES, Direction, Laupenstrasse 27,  
3001 Berne

intimée

**Siégeant : Monika SOMMER, Juge suppléante,  
Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges**

---

### EN FAIT

1. Madame A \_\_\_\_\_, divorcée W \_\_\_\_\_, est née le 1956 à l'île Maurice. Elle y a suivi l'école obligatoire jusqu'en quatrième année de collège. A son arrivée en Suisse, en mai 1976, elle a été accueillie par des amis de sa famille. Pendant trois ans, elle a pris des cours de secrétariat et de comptabilité dans une école de commerce privée à Genève. En 1979, elle a épousé Monsieur W \_\_\_\_\_, ingénieur de nationalité suisse. Le 27 février 1984, elle a donné naissance à sa fille Jessica. Elle est séparée de son mari depuis 1989 et divorcée depuis 1996. De 1989 à 1992 elle a été gérante du magasin de chaussures X \_\_\_\_\_.
2. Dans le cadre de l'assurance-chômage l'intéressée a bénéficié de deux délais-cadre du 1<sup>er</sup> janvier 1993 au 31 décembre 1994 et du 1<sup>er</sup> janvier 1995 au 31 décembre 1996. En gain intermédiaire, elle a travaillé chez Y \_\_\_\_\_ en 1993.
3. En janvier 1995, elle a été engagée par la maison X \_\_\_\_\_ à temps partiel. Le contrat de travail prévoyait un horaire de 27 heures par semaine de 5 jours ou de 117 heures par mois pour un salaire de Fr. 2'240.-. En tant que vendeuse manutentionnaire, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la compagnie d'assurances ELVIA (actuellement : ALLIANZ SUISSE ASSURANCES).
4. L'intéressée a pu assumer son poste du 5 au 8 janvier 1995, puis elle a été dans l'incapacité de travailler, raison pour laquelle elle a été licenciée date du 19 janvier 1995.
5. Les indemnités journalières pour cette incapacité de travail – qualifiée de rechute d'un accident de travail intervenu en 1993 – ont été prises en charge par LIMMAT (actuellement LA MOBILIÈRE), assureur-accident de Y \_\_\_\_\_, ancien employeur de l'assurée.
6. Le 19 février 1995, aux Diablerets, l'assurée a glissé sur une plaque de glace. Son coude gauche a violemment heurté le sol. Le Dr A \_\_\_\_\_, consulté en urgence, a posé le diagnostic de fracture complexe de la palette humérale gauche. A l'hôpital de zone d'Aigle, le Dr B \_\_\_\_\_ a opéré l'intéressée le jour même. Il a procédé à une réduction sanglante et à une ostéosynthèse en urgence d'une fracture complexe de la palette humérale gauche ainsi qu'à une transposition antérieure du nerf cubital.
7. Le 20 février 1995, le contrôle radiologique réalisé à l'hôpital de zone d'Aigle a révélé le démontage de l'ostéosynthèse, ce qui nécessitait une deuxième intervention.

8. A compter du 22 février 1995, l'assurée a reçu des indemnités journalières de l'assurance-accidents ELVIA (actuellement : ALLIANZ SUISSE ASSURANCES).
9. A la demande de la patiente, la deuxième intervention a été effectuée le 3 mars 1995 aux (ci-après "établissement hospitalier"). Le Dr C \_\_\_\_\_, chef de clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur, a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et réalisé une réosynthèse avec greffe osseuse et stabilisation par deux plaques. Selon le rapport opératoire, le nerf cubital a été maintenu en position antérieure.
10. Malgré l'évolution favorable constatée par radiologie, l'administration d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie, l'assurée a toujours ressenti des douleurs au coude et au membre supérieur gauches.
11. Le 7 mai 1995, le Dr D \_\_\_\_\_ des "établissement hospitalier", professeur spécialisé FMH en orthopédie, a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi qu'à une arthrolyse antérieure et postérieure du coude, de même qu'à la mise en évidence d'un nerf cubital cicatriciel laissé tel quel.
12. Le 26 mai 1995, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a pratiqué un EMG. Celui-ci a démontré une lésion du nerf cubital gauche au coude avec une dénervation sévère du cubital antérieur et plus modérée des muscles intrinsèques de la main gauche dépendant du nerf cubital. Sur le plan radiologique la consolidation de la fracture était ainsi acquise.
13. Malgré tous les traitements, l'assurée a continué à se plaindre de douleurs.
14. Le 14 décembre 1995, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué par courrier à la Dresse O \_\_\_\_\_ : « cette patiente souffre d'un trémor céphalique des extrémités supérieures depuis 1987 répondant à la définition d'un trémor essentiel. »
15. Le 7 novembre 1995, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour un reclassement dans une nouvelle profession et une rente.
16. Le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique a établi un rapport d'expertise le 7 août 1996 (dans le cadre de l'instruction d'une demande déposée par l'assurée auprès du Tribunal de première instance contre les "établissement hospitalier" et l'Hôpital de zone d'Aigle). Il y conclut que « l'intervention du 19 février 1995 à Aigle n'a pas été pratiquée selon les méthodes courantes de la médecine, la réduction de la fracture avait été inadéquate et la fixation des fragments insuffisante. L'opération pratiquée aurait dû être une ostéosynthèse telle qu'elle l'a été ultérieurement. Quant à l'état actuel il faut constater que le coude de

l'intéressée est actuellement enraidie, une mobilisation rapide dans les 48 heures n'a pas pu être réalisée. »

17. La Dresse F\_\_\_\_\_ a pour sa part diagnostiqué, dans un rapport daté du 20 janvier 1997, une fracture de la palette humérale avec complications, tremblement essentiel allant en s'aggravant, tachycardie sinusale et un état dépressif réactionnel.
18. Par décisions du 5 juillet 1998, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100 % depuis l'accident du 19 février 1995 et lui a accordé une rente entière à compter du 1er février 1996.
19. Le 4 septembre 1998, la Dresse F\_\_\_\_\_ a attesté, dans un rapport adressé à l'assurance-invalidité, d'une fracture de la palette humérale avec complications vasculaires et d'un état aggravé par rapport à janvier 1997 ainsi que d'un état dépressif réactionnel.
20. Interrogée par ALIANZ SUISSE ASSURANCES (ci-après ALLIANZ), la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué, par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 1999 au Dr H\_\_\_\_\_, médecin-conseil d'ALLIANZ que la patiente traversait une dépression réactionnelle et ne se serait jamais décompensée sans l'accident et sans l'intervention catastrophique qui a suivi.
21. Dans un courrier adressé le 15 novembre 1999, au Dr I\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté une dénervation qui s'est accentuée depuis la dernière évaluation, jusqu'à être subtotale.
22. Le 8 février 2000, le Centre pluridisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des "établissements hospitaliers" a rendu un rapport suite à une consultation ambulatoire, le 17 décembre 1999. Les médecins ont conclu à des douleurs neurologènes, à des paresthésies associées à des signes de dénervation subtotale du nerf cubital et à une grande détresse morale secondaire aux douleurs et ainsi qu'à une réticence face à un traitement médicamenteux par voie orale.
23. A la demande d'ALLIANZ, une première expertise a été réalisée le 19 juillet 2000 par le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, qui a signalé dans l'anamnèse l'existence de tremblements et d'un état dépressif depuis 1984. Ce médecin a diagnostiqué une neuropathie douloureuse et déficitaire sensitivo-motrice du cubital au coude gauche, une discrète limitation fonctionnelle du coude gauche, un status après neurolyse épineurale étendue du cubital transposé au coude gauche (29 octobre 1998), un status après réostéosynthèse de la palette humérale gauche (2 mars 1995), un status après ostéosynthèse instable d'une fracture en Y avec fragment intermédiaire de la palette humérale gauche et transposition antérieure du nerf cubital.

Il a estimé que l'état définitif était atteint et indiqué que le traitement entrepris visait uniquement à maintenir l'état actuel. Selon lui, la capacité de travail dans le métier de vendeuse était nulle car elle nécessiterait fréquemment des manipulations bimanuelles. En revanche, une activité d'employée de commerce, de réceptionniste ou de téléphoniste était exigible, pour autant que la patiente ne sollicitât pas le membre supérieur gauche et à condition qu'il y ait reconversion professionnelle.

Le Dr J \_\_\_\_\_ a jugé que l'état somatique était certainement une conséquence naturelle de l'accident et que l'importante détresse psychologique et sociale influait certainement de façon négative sur l'état du membre supérieur gauche. Le Dr J \_\_\_\_\_ s'est déclaré dans l'impossibilité d'apprécier le rôle des facteurs psychiques et a proposé une évaluation psychologique.

D'un point de vue somatique, il a indiqué qu'il n'y avait ni antécédents pathologiques, ni facteurs étrangers. Il a fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité du fait des troubles physiques à 15 %. Il a estimé qu'il ne relevait pas de sa compétence de procéder à une évaluation sur le plan psychiatrique.

24. Un complément d'expertise sur le plan neurologique a donc été demandé au Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie au "établissement hospitalier", à Lausanne. Celui-ci, dans son rapport du 19 février 2001 a fait mention du tremblement qui existait déjà depuis 1984. Il a décrit une discrète limitation fonctionnelle résiduelle du coude gauche, un tremblement d'origine mixte (trémor essentiel et surcharge psychogène) et un état anxio-dépressif préexistant suite à l'accident du 19 février 1995, mais décompensé par la suite. Le médecin a exprimé l'avis que, pour des raisons d'ordre psychique, dans lesquelles l'accident joue un rôle de 50 %, une reprise même partielle d'une activité professionnelle adaptée pourrait s'avérer impossible. Il a estimé que l'état définitif était atteint au vu de l'absence d'amélioration récente malgré toutes les mesures chirurgicales et médicales prises dans le passé; la poursuite du traitement était nécessaire pour éviter une aggravation.

Selon lui, il y a causalité naturelle entre l'accident du 19 février 1995 et la fracture en Y de la palette humérale gauche. Il a précisé que les facteurs traumatiques jouaient un rôle de 50% dans l'évolution du cas, les autres 50% étant liés à la personnalité de la patiente ainsi qu'à l'existence d'un état anxio-dépressif préexistant.

Il a exclu définitivement toute capacité de travail dans le métier de vendeuse mais estimé qu'une capacité résiduelle de travail de 75 % à 100 % dans une activité aménagée, comme celles de secrétaire, de réceptionniste ou de téléphoniste, pourrait être exigée. Néanmoins, de facto, pour des raisons psychiques dans lequel l'accident joue un rôle de 50%, le médecin a jugé vraisemblable qu'une reprise, même partielle, d'une activité professionnelle adaptée s'avérerait impossible. Il a

---

fixé l'atteinte à l'intégrité globale suite à l'accident du 19 février 1995 à 25% en tenant compte des troubles physiques pour 15% et psychiques pour 10%.

25. L'intimée a versé des indemnités journalières à l'assurée jusqu'au 31 décembre 2001.
26. Par décision du 6 avril 2004, ALLIANZ a d'une part nié à l'assurée tout droit à une rente et d'autre part, fixé le taux de l'atteinte à son intégrité à 15%, ce qui lui donnait droit à une indemnité de Fr. 14'850.-. ALLIANZ a qualifié l'accident du 19 février 1995 d'accident de peu de gravité et nié le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'évènement accidentel. S'agissant du degré d'invalidité, ALLIANZ est arrivé à la conclusion, après avoir comparé le revenu que l'assurée aurait pu réaliser dans son ancien poste - soit Fr. 43'768.85 en 2000 ( $3'332 \times 13 = 43'316.-$ ) après réévaluation - à celui qu'elle pourrait obtenir dans une activité aménagée de secrétaire, de réceptionniste ou de téléphoniste en appliquant une réduction de 10% - soit Fr. 51'255. 80, que le salaire avec invalidité était plus élevé que celui sans invalidité et qu'il n'y avait ainsi aucune perte de gain.
27. Le 7 mai 2004 l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a conclu à titre principal à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 100%. A cet égard, elle a allégué que son incapacité de travail était totale faute de pouvoir se reconvertir vu l'absence de formation préalable et du fait de ses douleurs. A titre subsidiaire, elle a contesté le montant du salaire d'invalidé retenu par ALLIANZ et le fait qu'elle puisse exercer la profession de secrétaire comptable alors qu'elle avait interrompu cette formation pour se marier. Elle a encore relevé n'avoir jamais travaillé avant 1990. Elle a également soutenu que le salaire hypothétique d'invalidé devrait être réduit de 20 % compte tenu du handicap du bras gauche, de sorte qu'il devrait être ramené à Fr. 38'400.- ou Fr. 35'971.20.

Au surplus, elle a demandé qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10% lui soit octroyée pour tenir compte de l'atteinte psychique.

Enfin, elle a fait valoir que l'intervention chirurgicale du 19 février 1995 devait également être considérée comme accident.

Par décision du 21 janvier 2005, ALLIANZ a rejeté l'opposition. S'agissant du revenu sans invalidité, elle a précisé que celui-ci avait été calculé sur la base d'un salaire annuel de Fr. 43'316.- et devait être adapté à l'évolution des salaires nominaux dans la vente de détail; le résultat ainsi obtenu était de Fr. 44'781.- par an. Elle a estimé qu'il fallait tenir compte du fait que l'assurée avait une expérience professionnelle qui constituerait, le cas échéant, un argument d'engagement et qu'une activité simple lui permettrait de réaliser un revenu hypothétique de Fr. 56'518.-. Après réduction de 10%, on obtenait un salaire d'invalidé de Fr. 50'867.-, supérieur au revenu réalisé précédemment par l'assurée (Fr. 44'781.-), ce qui excluait tout invalidité. Quant aux troubles psychiques, ALLIANZ a jugé

qu'ils n'étaient pas en relation avec l'événement accidentel et ne donnaient donc pas droit à une indemnisation.

28. Par écriture du 25 avril 2005, la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. A titre préalable, elle a demandé une expertise médicale pluridisciplinaire pour déterminer quelles étaient les lésions causées par l'acte médical du 19 février 1995, respectivement si celui-ci avait joué un rôle dans l'aggravation des troubles physiques, l'apparition des troubles psychiques, le cas échéant avec quelles incidences sur sa capacité de travail. Pour le surplus, elle a maintenu les arguments développés dans son opposition.
29. Dans sa réponse au recours du 24 juin 2005, l'intimée a persisté dans les conclusions prises dans sa décision sur opposition.
30. En date du 20 juillet 2005, l'assurée a produit trois rapports médicaux.

Le premier a été établi par le Dr E\_\_\_\_\_ le 27 mai 2005. Ce médecin conclut à de discrets signes lésionnels neurogènes d'aspect nettement chronique dans les muscles intrinsèques cubitiaux gauches, contrastant avec une dénervation sensiblement plus importante affectant le cubital antérieur, muscle dans lequel la dénervation apparaît chronique non évolutive.

Dans le deuxième rapport, daté du 24 juin 2005, les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont évoqué l'existence d'une chondropathie.

Le troisième rapport émane du Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne. Il est daté du 18 juillet 2005. Le médecin y fait état d'une instabilité et de douleurs articulaires, d'un tremblement de la main et de l'avant-bras gauche chez une gauchère, de troubles sensitifs de l'avant-bras et de la main dans le territoire du nerf cubital sous forme paresthésies permanentes et de difficultés à écrire.

31. Ces documents ont été transmis à l'intimée et la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assu-

---

rances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (ci-après LAA ; cf. art. 1 let. r et 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Aux termes de l'art. 1 al. 1 LAA (teneur au 1er janvier 2003), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi, le cas d'espèce reste-t-il régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. En dérogation de l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois à compter de la décision sur opposition portant sur des prestations d'assurance-accidents (art. 106 LAA). Interjeté le 25 avril 2005 contre une décision sur opposition du 21 janvier 2005, dans la forme requise par l'art. 56 LPGA, le présent recours est recevable.
5. La question du lien de causalité entre l'accident et les troubles physiques n'est pas contestée. Le litige porte sur la question de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de l'assurée, cas échéant, sur celle du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Devra également être examinée la question du calcul du degré d'invalidité reconnu à la recourante par l'intimée.
6. A titre préalable, la recourante a requis la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire principalement dans le but d'établir quelles sont les lésions causées par l'acte médical du 19 février 1995, respectivement le rôle de ce dernier dans l'aggravation et/ou l'apparition de troubles psychiques et, le cas échéant, les incidences sur sa capacité de travail.
7. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la prove-

nance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

Le droit de faire administrer des preuves, qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 II 469 consid. 4a), n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles elle doit procéder d'office, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATFA non publié du 25 août 2004 en la cause U 115/04).

8. En l'espèce, la recourante a déjà fait l'objet de nombreux rapports et expertises.

Celle pratiquée par le Dr G\_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure ouverte à l'encontre de l'hôpital de zone d'Aigle et des "établissemet hospitalier" conclut que l'opération n'a pas été pratiquée selon la méthode actuelle. L'issue de la procédure civile n'a pas été portée à la connaissance du Tribunal de céans.

Quant aux expertises effectuées le 8 février 2000 par le Centre pluridisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des "établissemet hospitalier", le 19 juillet 2000 par le Dr J\_\_\_\_\_ et le 19 février 2001 par le Dr Jean-Pierre K\_\_\_\_\_ (complément sur le plan neurologique), elles sont particulièrement pertinentes.

La première est une expertise pluridisciplinaire. Les deux autres ont été demandées par l'intimée. Chacune se base sur un examen médical complet et prend en considération les plaintes émises par la patiente. A la lecture de ces rapports, on constate qu'ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. De nombreuses radiographies ont également été réalisées et examinées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions dûment motivées. Dans ces circonstances, les rapports précités remplissent toutes les conditions requises par la jurisprudence en matière de valeur probante.

L'état de santé de l'assurée ayant été investigué de façon approfondie, il est inutile de faire procéder à une expertise supplémentaire. La demande de la recourante en ce sens doit être rejetée.

9. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire (art. 9 al. 1 OLAA). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), les éléments caractéristiques de l'accident doivent être clairement reconnaissables. Il faut par ailleurs que les causes directes du dommage corporel puissent être trouvées dans les circonstances concrètes particulièrement manifestes (telles qu'une chute ou un coup). Il doit exister un facteur extérieur, lequel est considéré comme exceptionnel ou extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels (RAMA 1986 p. 300).
10. En l'espèce, il n'est pas contesté que la glissade de l'assurée le 19 février 1995 aux Diablerets constitue un accident au sens de la loi. Quant à l'opération chirurgicale effectuée selon des méthodes non adéquates à l'hôpital d'Aigle le jour de l'accident, la recourante demande qu'elle soit également qualifiée d'accident opératoire.

C'est le lieu de rappeler la jurisprudence (ATF 118 V 286 consid. 3b) selon laquelle la causalité adéquate, comme facteur limitatif de la responsabilité de l'assureur-accidents à raison de l'existence d'un rapport de causalité naturelle, ne joue pratiquement pas de rôle en présence de troubles physiques consécutifs à un accident, l'assureur-accidents répondant aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 117 V 365. consid. 5d/bb). Au regard de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assureur-accidents répond donc de toutes les lésions provoquées par des soins (traitement médical) consécutifs à des accidents assurés, sans qu'il soit nécessaire que l'acte dommageable entre dans la notion d'accident ou soit dû à une erreur médicale ou à une lésion corporelle pénalement punissable (ATF 118 V 286, consid. 3c).

Il en résulte que la question de savoir si ce traitement non adéquat constitue un accident peut rester ouverte en l'espèce puisqu'aux termes de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assureur doit intervenir pour la totalité des lésions consécutives à l'accident et à l'opération.

11. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré 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 revan-

che, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition « sine qua non » de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*). Il en va de même lorsque l'assuré est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint tôt ou tard même sans l'accident, par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER / RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que « le *statu quo sine vel ante* » n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n°U 363 p. 46).

12. En l'espèce, comme rappelé ci-dessus, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 19 février 1995 et les troubles de l'assurée n'est pas contestée. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

Reste à examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate. Si l'intimée ne nie pas l'existence d'un tel lien entre l'accident et les lésions corporelles (somatiques), il n'en va en revanche pas de même en ce qui concerne les troubles psychologiques.

13. La causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a).

a) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral. En présence d'une atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

b) Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée.

c) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances et du Tribunal administratif (ATA n.p. R. du 6 mai 1999; ATA Lo. et P. du 26 janvier 1999), ont été considérés comme des accidents banals ou de peu de gravité : une chute dans les escaliers conduisant au domicile, sauf circonstances particulières, (ATA R. précité), la chute d'une échelle sur un chantier, une collision entre deux véhicules automobiles (choc par l'arrière sans intervention de la gendarmerie; ATA Lo. précité), une chute de la hauteur d'un escabeau sur une barre composant un échafaudage (ATA P. précité), une chute jusqu'au bas de l'escalier menant à une piscine ayant provoqué des douleurs multiples (rachialgie, scapulalgie, coxalgie), des contusions et des éraflures (ATA E. L. du 12 novembre 1996), le déplacement d'une machine ayant occasionné un tour de reins, une glissade dans les escaliers ayant occasionné une entorse lombo-sacrée, une glissade ayant provoqué des contusions au genou et un lumbago (ATA J. A. du 11 avril 1995), un accident de la circulation (motocycliste renversé par une voiture venant de côté) ayant provoqué des contusions de l'épaule et de la jambe gauches (ATA U. L. du 3 avril 1997) et le fait d'avoir causé un accident sans conséquences graves (conducteur ayant renversé deux scootéristes; ATA X. du 28 août 1996). Plus récemment, le TA a encore considéré que la chute d'une

échelle ou d'un escabeau ne constituait pas un événement particulier pour un peintre en bâtiments, fut-il fragilisé par un accident antérieur semblable (ATA C. du 31 mai 1999).

d) En cas d'accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont 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 en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Selon la jurisprudence (ATF 129 V 402, consid. 4.4.2), même en cas d'accident qualifié de banal, un examen de la causalité adéquate, selon les critères applicables aux accidents de moyenne gravité, n'est pas exclu lorsque les circonstances à prendre en considération se cumulent et revêtent une importance particulière (RAMA 1998 no U 297 p. 243).

14. En l'espèce, s'il est vrai que l'état anxio-dépressif préexistait à l'accident du 19 février 1995 (rapports des 20 janvier 1997, 4 septembre 1998 et 1er juillet 1999 du Dr O \_\_\_\_\_ ; du 19 juillet 2000 du Dr J \_\_\_\_\_, du 19 février 2001 du Dr Jean-Pierre K \_\_\_\_\_), il est aussi vrai qu'il s'est décompensé à la suite de cet accident. Ce dernier joue un rôle décisif dans la condition actuelle de la patiente (rapport du 1er juillet 1999 du Dr F \_\_\_\_\_ et du 19 février 2001 du Dr K \_\_\_\_\_). Selon les actes médicaux, les troubles psychiques se sont manifestés d'une façon importante et gênante.

Il n'est pas douteux que le fait de glisser et de tomber sur le coude doit être considéré comme accident banal. Il convient dès lors, pour admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, de vérifier que les conditions énumérées pour les accidents de gravité moyenne soient réunies de manière cumulative et revêtent une intensité particulière.

En l'espèce, l'accident n'a pas eu de caractère particulièrement impressionnant ou dramatique, si bien que la première condition énoncée n'est pas remplie. De même, les lésions physiques n'ont pas revêtu une gravité ou une nature telle qu'elle puisse entraîner, selon l'expérience, des troubles psychiques. Certes, les autres conditions sont réalisées dans la mesure où le traitement médical a été d'une durée anormalement longue (dix ans), que l'assurée souffre de douleurs physiques persistantes, qu'il y a eu erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, que les différents traitements contre la douleur se sont avérés inefficaces et que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ont été importants, cependant, ces critères ne sont pas remplis avec une intensité particulière. En conséquence, le lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et les troubles psychiques doit être nié. Sur ce premier point, le recours doit être rejeté. En conséquence, la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se pose pas.

15. Reste encore à examiner la question du degré d'invalidité reconnu à la recourante par l'intimée.

a) Selon l'art. 18 LAA dans sa teneur en vigueur au 1er mars 1998 qui est déterminante en l'espèce (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), si l'assuré devient invalide à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2). Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase). De plus, l'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Celle-ci est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à la rente est né.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3 c, 105 V 158 consid. 1)

c) Ainsi que le TFA l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas.

D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un des assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. En particulier, peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d; VSI 2004 p. 185 consid. 3; RAMA 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3, 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3).

16. a) En l'espèce, il résulte de ce qui précède que le taux d'invalidité de 100% retenu par l'assurance-invalidité ne peut pas être repris sans autre dans le domaine de l'assurance-accidents qui, au contraire de l'assurance-invalidité, ne couvre pas tous les troubles de santé invalidants de l'assurée, mais seulement ceux qui sont en rapport de causalité avec l'accident. Il ressort du dossier de l'OCAI que ce dernier a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100% en tenant compte des limitations fonctionnelles de son bras gauche mais également de ses troubles psychologiques, dont on a conclu supra que l'intimée n'avait pas à répondre. En

conséquence, le taux d'invalidité retenu pas l'assurance-invalidité n'est d'aucun secours à l'assurée dans le présent litige.

b) Le Dr K\_\_\_\_\_ estime, dans son rapport du 19 février 1995, que la capacité de travail de l'assurée en tant que vendeuse est définitivement nulle mais qu'une reprise, même partielle, du travail dans une activité professionnelle adaptée telle que celles de secrétaire, de réceptionniste ou de téléphoniste, pourrait être envisagée, à hauteur de 75%, voire 100%. La recourante présente donc une capacité résiduelle de travail de 75% au minimum, voire même de 100% dans des conditions optimales. En vertu de son obligation de diminuer le dommage (ATF 123 V 96 et ss consid. 4c ; SVR 1995 UV n° 35 p. 106 consid. 5b; comp. 123 V 233 consid. 3c), on peut exiger d'elle qu'elle mette à profit cette capacité de travail résiduelle dans une occupation adaptée, par exemple celle de surveillante.

c) La notion légale de l'invalidité est avant tout économique (voir supra). Quand bien même un assuré jouit d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son atteinte à la santé, cela ne signifie pas encore qu'il ne subit aucune diminution de sa capacité de gain. Une fois que le taux de la capacité de travail résiduelle exigible est déterminé, il importe encore d'évaluer ses conséquences économiques (revenus hypothétiques avec et sans invalidité).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS; ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5 b/aa-cc).

d) Selon la doctrine (Anne-Sophie PEYRAUD, Johannes FRÖLICHER, Le revenu d'invalidité en assurance-invalidité et accidents, publié en RFJ 2002 I, p. 351) est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide" (art. 18 al. 2 LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

---

Le degré d'invalidité se calcule de la manière suivante (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich, Bâle, Genève, 2003, page 156):

$$\frac{(\text{revenu valide} - \text{revenu invalide}) \times 100}{\text{revenu valide}}$$

e) En l'espèce, la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le mois de janvier 1995, si bien qu'il convient de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3 b/aa et bb; statistique des salaires bruts standardisés), en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, il y a lieu de déterminer le revenu qu'aurait pu réaliser l'assurée en 2000 malgré son invalidité. En effet, le droit à la rente débute le 1er août 2000, puisque c'est à compter de cette date qu'à dire d'expert, (rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2000) il n'y a plus aucun traitement susceptible d'apporter une amélioration de l'état de l'épaule (cf. art. 19 al. 1 LAA).

C'est à juste titre que la recourante conteste pouvoir occuper un poste de secrétaire comptable qualifiée puisqu'elle a interrompu sa formation pour se marier et que, de surcroît, elle n'a pas travaillé avant 1990. De plus, elle n'a jamais obtenu aucun certificat professionnel. Son expérience professionnelle de l'assurée a été brève : trois années comme gérante, de 1989 à 1992, suivies d'occupations irrégulières jusqu'en 1995.

Eu égard à ces considérations, il convient de se baser sur le tableau TA11 relatif au salaire mensuel brut selon la formation, la position professionnelle et le sexe (ESS 2000 p. 46). Il en ressort qu'une femme sans formation professionnelle complète (rubrique 8) ni fonction de cadre (position 5) aurait pu réaliser en 2000 un revenu 3'547 fr., ce qui correspond à un salaire annuel de 42'564.- fr. pour un horaire hebdomadaire de 40 heures, soit 44'480.- pour un horaire de 41,8 heures (La Vie économique 2/2006, horaires hebdomadaires de travail, p. 94, tableau B9.2). Si l'on admet un taux d'activité de 90% sur la base du certificat médical du Dr K\_\_\_\_\_ (qui conclut à une capacité de travail de 75% minimum et de 100% maximum), on obtient un revenu annuel de ce salaire se monte à 40'032 fr.

Les circonstances personnelles et professionnelles du cas justifient une réduction du revenu d'invalide qui ne saurait excéder 15% (cf. RAMA 1998 N° U 320 p. 600ss). En effet, les personnes handicapées (bras gauche), même dans l'accomplissement de travaux auxiliaires légers, sont désavantagées sur le plan de la rémunération et doivent généralement tabler sur un salaire proportionnellement moins élevé. Compte tenu d'une diminution de 15%, le revenu d'invalide s'élève en définitive 34'027 fr. 20 par année, ce qui, comparé au salaire sans invalidité (44'781 : revenu de non invalide retenu par l'intimée dans sa décision sur opposition et non contesté), conduit à un degré d'invalidité de 24 %.

C'est dans cette mesure que le recours est partiellement admis, la recourante se voyant reconnaître le droit à une rente d'invalidité de 24%, étant précisé que cette

rente devra être compensée depuis le mois d'août 2000 avec les indemnités journalières qui ont été versées à la recourante jusqu'au 31 décembre 2001.

17. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Dit que Madame W \_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 24 % à compter du 1<sup>er</sup> août 2000, sous réserve de surindemnisation.
4. Renvoie la cause à ALLIANZ SUISSE ASSURANCES AG à charge pour cette dernière de calculer le montant des prestations dues.
5. Rejette le recours pour le surplus.
6. Condamne ALLIANZ SUISSE ASSURANCES AG à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

La Juge suppléante

Janine BOFFI

Monika SOMMER

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