

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1311/2007

ATAS/446/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 15 avril 2008

En la cause

Madame O _____, domiciliée à PRESINGE, représentée par
la CAP Protection Juridique, Maître Jean-Martin DROZ

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise chemin de la Colline 12, case
postale 839, 1001 Lausanne

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame O_____ (ci-après : l'assurée), exerçait une activité salariée en qualité d'infographe auprès de X_____ O_____. Elle était, à ce titre, assurée facultativement auprès de HELSANA pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.
2. Elle a été victime d'un accident le 2 avril 2005, le véhicule automobile dans lequel elle se trouvait assise en tant que passagère, à l'arrêt dans une file, ayant été percuté par l'arrière à deux reprises par un autre véhicule.
3. Le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie, a retenu, dans un rapport du 7 avril 2005 adressé à HELSANA, le diagnostic d'entorse de la colonne cervicale, étant précisé qu'elle avait déjà subi une même atteinte environ sept ans auparavant, sans séquelles.
4. Un CT-scan du rachis cervical a été effectué le 18 avril 2005 par le Dr B_____ à la clinique des Grangettes. Il a ainsi été mis en évidence une discoarthrose C5-C6 et une arthrose inter-apophysaire postérieure C7D1 gauche, mais aucun signe de fracture n'a été décelable à l'examen du jour.
5. Par courrier du 12 juin 2005 adressé au Dr A_____, le Dr C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a rappelé que l'assurée avait été victime d'un coup du lapin le 2 avril 2005, alors qu'elle était somnolente dans la voiture. Elle souffre de douleurs cervicales, de céphalées importantes : elle ressent progressivement aussi des paresthésies dans le poignet et la main gauche. Selon ce médecin, cette symptomatologie subjective de type coup du lapin a certainement provoqué une légère entorse cervicale. La patiente se plaint de problèmes neurologiques au niveau du membre supérieur gauche, que l'on pourrait attribuer, dans un premier temps, à un début de tunnel carpien, mais finalement, en raison de la diminution de ses réflexes et de l'image vue au scanner, il s'agit probablement plus d'une irritation de la racine C6 gauche. Il est clair que cette arthrose existait déjà au moment de l'accident, pathologie dont la patiente ne s'est jamais plainte. L'accident a certainement déstabilisé ce segment C5-C6 gauche.
6. L'assurée a repris son travail à 50 % le 17 mai 2005.
7. Le 22 juillet 2005, le Dr D_____, médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que la relation de causalité entre les troubles cervicaux nécessitant un traitement dès le 4 avril 2005 et l'accident du 2 avril 2005 était probable, que cet accident avait aggravé un état antérieur présent à la colonne cervicale de manière passagère. Le statu quo sine ou quo ante sera rétabli dans six mois au minimum.

8. L'assurée a été soumise à une IRM du rachis cervical le 7 novembre 2005 en raison de ses douleurs chroniques et paresthésie du membre supérieur gauche. Il a été constaté la présence d'un nodule d'environ un cm de taille maximale, bien délimité, hyper-intense en T1 et en T2, compatible avec un angiome, au niveau du corps de C7, une discarthrose dégénérative C4-C5, C5-C6, caractérisée par des phénomènes de dessiccation discale et par un discret pincement de l'espace inter-somatique, au niveau C5-C6, une importante saillie disco-ostéophytaire postéro-latérale gauche entraînant une empreinte sur la face antérieure du sac dural et une très importante diminution de la taille du canal latéral gauche, ainsi qu'une diminution moins importante du canal droit, liée à une uncarthrose.
9. Le 15 novembre 2005, le Dr A_____ a confirmé l'incapacité de travail à 50 %.
10. A nouveau consulté par le Dr A_____, le Dr C_____ a constaté, par courrier du 25 novembre 2005, que la situation se chronifiait, la patiente se plaignant toujours de cervico-brachialgies gauches de façon assez intermittente avec des paresthésies qui ont augmenté, douleurs dans l'ensemble dépendant du climat aussi. Il dit avoir retrouvé une hypoesthésie dans le dermatome C6 gauche, confirmée par l'IRM (présence de cette sténose avec uncarthrose C5-C6 gauche).
11. Mandaté par HELSANA, le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assurée le 3 février 2006.
12. Immédiatement après, l'assurée a, par courrier du 10 février 2006, demandé à ce qu'il soit procédé à une autre expertise. Elle allègue à cet égard n'avoir aucune confiance en l'expert, celui-ci "n'ayant pas tenu compte des éléments essentiels que je lui apportais".
13. Dans son rapport du 10 mars 2006, l'expert a retenu les diagnostics suivants : status après entorse cervicale, possible syndrome post-traumatique subjectif rapidement résolutif, contractures musculaires diffuses prédominant au niveau latéro-cervical gauche, discret syndrome du tunnel carpien gauche confirmé par électroneuromyographie, douleurs musculaires diffuses surajoutées, secondaires, intéressant la ceinture scapulaire, le scalp notamment, asthénie, troubles de la concentration, troubles du sommeil d'ordre psychophysiologiques et discrète labilité émotionnelle secondaire.

Selon l'expert, il n'existe plus actuellement de relation de causalité directe avec l'accident. L'assurée a, en effet, présenté initialement une discrète amélioration de son état, comme en témoignent les rapports du Dr A_____. L'aggravation progressive de son état plusieurs semaines après son accident n'est pas à mettre en relation avec celui-ci. Ce jour, l'examen neurologique met en évidence une discrète souffrance du nerf médian au niveau du tunnel carpien, élément confirmé par l'électroneuromyographie. Il n'existe pas de stigmates objectifs, cliniques ou

anamnestiques soutenant l'existence d'un syndrome radiculaire, notamment C6 gauche. Les anomalies dégénératives constatées au niveau de la colonne cervicale témoignent de l'existence d'une pathologie antérieure demeurée asymptomatique et qui n'a du reste actuellement aucun rapport avec ses plaintes. En reprenant sa situation de façon plus globale, elle a progressivement développé un état de vulnérabilité auquel il convient de rattacher une labilité émotionnelle, une asthénie, des troubles de l'attention, des troubles du sommeil psychophysiologique et enfin, une diminution de son seuil de sensibilité à la douleur. Du reste, elle reconnaît que les activités physiques lui font du bien, témoignant ainsi de l'inexistence d'une lésion traumatique significative. Ce type de présentation est celui typiquement rencontré dans le cadre d'un état de stress partiellement géré.

L'expert a indiqué qu'il n'existait, à sa connaissance, aucun état antérieur pouvant être responsable de son état actuel. Il n'existe pas non plus de maladie concomitante. Selon lui, le tableau actuel est secondaire à une situation de stress, d'ordre multifactoriel, partiellement géré.

Il considère qu'il n'existe pas d'incapacité de travail dans l'absolu. Si cette incapacité devait être maintenue, elle n'est plus en rapport avec l'accident. Il n'y a donc pas lieu d'envisager un reclassement professionnel.

L'état médical est actuellement stabilisé, étant précisé qu'il convient d'encourager l'assurée à reprendre des activités physiques régulières.

Il n'a relevé ni dommage à l'intégrité physique, ni lésion traumatique secondaire à l'accident.

13. Le 15 juin 2006, le Dr A_____ a fait part de ses observations quant aux conclusions de l'expertise. Il estime que le Dr E_____ "minimise les atteintes objectives telles que rétrécissement du canal rachidien concerné et la possible, voire probable, compression au moins partielle de la racine nerveuse correspondante. Il ne semble a priori pas croire à une étiologie partielle de la racine traumatique des symptômes. Il considère également que ceux-ci pourraient être en rapport avec une compression nerveuse au niveau du canal carpien. Pour ma part, je considère que le tableau clinique (paresthésies, contractures et douleurs cervico-brachiales) est plus en rapport avec le traumatisme cervical et une possible (voire probable) compression nerveuse qu'avec un syndrome du tunnel carpien pour lequel les éléments objectifs (et notamment ceux fournis par l'EMG) font nettement défaut. Globalement, l'appréciation du cas reste malgré tout difficile, l'essentiel des symptômes étant subjectifs, comme c'est souvent le cas (je l'ai mentionné initialement) dans les suites de ce type d'atteintes traumatiques souvent compliquées par des symptômes non spécifiques et le stress (aggravé par des contestations avec l'assurance). Les seuls éléments objectifs véritables, mais qui restent sujets à appréciation, pointeraient plus vers une compression neurologique

même modeste au niveau de la racine nerveuse dans le canal radiculaire concerné. Globalement, je pense que le Dr E_____ banalise trop ces éléments, statuant sur l'absence de lésion traumatique et mettant en exergue un éventuel syndrome du tunnel carpien pour lequel il n'a lui-même finalement que très peu d'arguments."

14. Invité à se déterminer, le Dr E_____ a, le 8 mai 2007, persisté dans ses conclusions. Il considère, sans nier le fait qu'il aurait pu exister une irradiation radiculaire C6 gauche initiale le jour de son expertise, que les stigmates étaient ceux d'un syndrome du tunnel carpien de même côté, sans atteinte radiculaire surajoutée. L'examen neurologique et électroneuromyographique révélait des éléments confirmant cette hypothèse, mais soulignant leur caractère bénin.
15. Par décision du 19 mai 2006, HELSANA a informé l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations au 3 février 2006, les troubles dont elle souffrait n'étant plus en relation de causalité avec l'accident du 2 avril 2005.
16. L'assurée a formé opposition le 20 juin 2006.
17. L'assurée a transmis, le 10 novembre 2006, un rapport du Dr C_____ du 18 août 2006, aux termes duquel celui-ci estimait que du fait de la discordance de conclusions entre lui-même et le Dr E_____, neurologue, il se justifiait d'organiser une expertise pluridisciplinaire auprès du Dr F_____, à Nyon.
18. Par décision du 14 décembre 2006, HELSANA a rejeté l'opposition. Elle s'est fondée sur le rapport d'expertise du Dr E_____ selon lequel le lien de causalité naturelle a cessé au plus tard à la date de l'expertise.

HELSANA relève que l'assurée n'a pas présenté dans les suites immédiates de l'accident l'ensemble des signes cliniques typiques d'un coup du lapin tels que décrits par la jurisprudence (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

19. L'assurée, représentée par la CAP, a interjeté recours le 29 mars 2007 contre ladite décision. Elle considère que tant le lien de causalité naturelle - elle présente les multiples lésions typiques du coup du lapin, maux de tête, vertiges, fatigue, perte de sensibilité, toutes apparues après l'accident - que le lien de causalité adéquate - vu l'importance de l'incapacité de travail, de la persistance des douleurs, de la durée du traitement médical encore en cours et des circonstances particulièrement impressionnantes de l'accident - doivent être admis. Elle conclut ainsi, préalablement, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, principalement, à ce qu'il soit dit qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-accidents au delà du 3 février 2006.
20. Dans une note manuscrite du 30 avril 2007, le Dr D_____ a rapporté que le Dr A_____ lui avait expliqué que la patiente allait mieux et qu'elle pourrait vraisemblablement reprendre son travail à plein temps, mais ne se prononçait pas

quant à la causalité naturelle. Le Dr D_____ en conclut qu'à son avis, l'expertise du Dr E_____ restait valable, le statu quo sine étant à fixer à la date de l'expertise au plus tard.

21. Dans sa réponse du 10 mai 2007, HELSANA a conclu au rejet du recours.
22. Dans sa réplique du 29 juin 2007, l'assurée a relevé qu'elle souffrait encore aujourd'hui de douleurs intermittentes au niveau de la racine nerveuse, de céphalées à la base du crâne, de contractures quotidiennes des muscles de la nuque, de troubles du sommeil dus à une tension permanente de la nuque, de fourmillements et de perte de sensibilité qui se produisent aléatoirement, par lancées. Nonobstant son état, elle avait repris son activité à 100 %, "démontrant par là-même son désir de combattre ses souffrances".

L'assurée a également produit une attestation du Dr A_____ datée du 27 juin 2007. Le Dr A_____ a pris connaissance des observations du Dr E_____ du 8 mai 2007 et les a commentées comme suit :

"L'essentiel de l'argumentation de ce rapport concerne la causalité entre l'accident du 2 avril 2005 et les symptômes paresthésiques du membre supérieur gauche ressentis par la patiente. Le Dr E_____ argumente notamment sur le fait qu'il n'y a pas de causalité temporelle entre la survenue de l'accident et les symptômes évoqués. J'ai toutefois consigné dans mon dossier que le jour de l'accident, la patiente s'est plainte déjà de paresthésies de la main gauche, ce que j'ai également relaté dans mon rapport que je vous avais transmis il y a déjà un certain temps. Il est vrai que les paresthésies du bras et de l'avant-bras ne sont survenues qu'une dizaine ou une quinzaine de jours par la suite et ont continué depuis lors de façon intermittente et fluctuante jusqu'à ce jour. L'on pourrait considérer que ces paresthésies initiales de la main constituaient des prémisses à des paresthésies plus importantes du membre supérieur gauche. Par ailleurs, un délai d'apparition des symptômes ne dépassant pas une quinzaine de jours n'exclut certainement pas la causalité avec l'accident. L'on pourrait, en effet, imaginer que les phénomènes inflammatoires locaux, en évoluant, aient entraîné une fibrose ou une rétraction cicatricielle pouvant aboutir à une compression radiculaire nerveuse. Les paresthésies ressenties seraient alors la conséquence secondaire de ces phénomènes et expliqueraient l'apparition et la progression des symptômes après un certain délai.

Globalement, comme le reconnaît le Dr E_____, les arguments en faveur d'un tunnel carpien sont également très pauvres, malgré quelques éléments électromyographiques qui ne sont en aucun cas déterminants. L'examen clinique, comme je l'ai mentionné dans mon rapport, n'amène, lui, aucun argument véritable en faveur d'un syndrome du tunnel carpien.

J'en reste à mon appréciation explicitée dans mon précédent rapport et je considère qu'il y a plus d'arguments pour une étiologie radiculaire cervicale (post-traumatique) (survenant sur un terrain fragilisé par une arthrose préexistante) que pour un syndrome du tunnel carpien.

Actuellement, la patiente est dans un état stationnaire relativement satisfaisant et a pu reprendre une activité professionnelle à 100%. Elle se plaint toutefois toujours de contractures musculaires de la région de la nuque et de paresthésies intermittentes du membre supérieur gauche qui ne sont toutefois pas invalidantes et pour lesquelles elle n'envisage (au moins pour le moment) aucune sanction chirurgicale. Un traitement symptomatique est toujours privilégié. Par ailleurs, l'influence de facteurs psychosomatiques n'est pas à exclure dans ce contexte accidentel, comme c'est souvent le cas."

23. Dans sa duplique du 23 juillet 2007, HELSANA a persisté dans ses conclusions.
24. La duplique a été transmise à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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). L'accident étant survenu le 2 avril 2005, la LPGA s'applique au cas d'espèce.
3. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le recours a dès lors été interjeté en temps utile (art. 56 à 61 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 3 février 2006, en raison de l'accident de la circulation dont elle a été victime le 2 avril 2005. Singulièrement, il s'agit de se prononcer sur le lien de causalité entre cet événement et les atteintes à la santé dont elle souffre.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme 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 (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04). Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (mouvement non programmé), l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie. Dans cette hypothèse, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise. En effet, le facteur extérieur, soit l'interaction entre le corps et l'environnement, constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1).

6. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).
7. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait

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

On rappellera que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; 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.

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF du 13 mars 2007 U /532/07; ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147 et la jurisprudence citée; RAMA 2001 n° U 435 p. 332 [arrêt E. du 5 juin 2001, U 398/00]; Alfred BÜHLER, *Die unfallähnliche Körperschädigung*, in : RSAS 1996 p. 94; Rudolf WIPF, *Koordinationsrechtliche Fragen des UVG*, in : RSAS 1994 p. 9 ss). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45, consid. 3a et la référence citée).

8. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA du 27 octobre 2005 U 389/04; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé, celui-ci doit à tout le moins établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts B. du 30 novembre 2004, U 222/04, C. du 14 octobre 2004, U 66/04, et N. du 4 octobre 2004, U 159/04).

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*) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Selon la jurisprudence, un traumatisme de type "coup du lapin" doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (arrêt E. du 12 août 1999, RAMA 2000 n° U 359 p. 29 consid. 5e-g). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur le cas d'un assuré qui, victime d'une chute à ski ayant entraîné un traumatisme du thorax et de la colonne vertébrale, ne s'est plaint de douleurs à la nuque que deux semaines après l'accident. Se référant à d'autres arrêts rendus antérieurement (notamment les ATFA non publiés du 7 décembre 1992, U 88/90, et du 20 octobre

1993, U 87/92), notre haute Cour s'est appuyée sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de 72 heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturel avec ce dernier (ATFA non publié du 19 mai 2000, U 328/99, consid 2b).

9. Le lien de causalité adéquate est en revanche 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).
10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1).

S'agissant enfin de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

11. Selon l'expert mandaté par l'intimée, les troubles dont souffre l'assurée au jour de l'expertise ne sont plus en lien de causalité directe avec l'accident. L'assurée ne présente aucune lésion traumatique significative. Le tableau clinique actuel est secondaire à une situation de stress, d'ordre multifactoriel, dont le Dr E _____ estime qu'il est au surplus partiellement géré. Il fait état d'un discret syndrome du tunnel carpien gauche, dont l'existence est confirmée par l'électroneuromyographie.

Le Dr A _____ a critiqué les conclusions du Dr E _____, lui reprochant d'avoir minimisé les atteintes objectives dont souffre sa patiente. Il considère ainsi que le tableau clinique (paresthésies, contractures et douleurs cervico-brachiales) est plus en rapport avec un traumatisme cervical et une possible (voire probable) compression nerveuse qu'avec un syndrome du tunnel carpien pour lequel les éléments objectifs (et notamment ceux fournis par l'EMG) font nettement défaut. Il reconnaît toutefois que globalement, l'appréciation du cas reste malgré tout difficile, l'essentiel des symptômes étant subjectifs, comme c'est souvent le cas dans les suites de ce type d'atteintes traumatiques souvent compliquée par des symptômes non spécifiques et le stress (aggravé par des contestations avec l'assurance).

12. Il s'agit de savoir si on est en présence d'une lésion au rachis cervical par accident de type coup du lapin, caractérisée par l'absence de preuve d'un déficit organique.

Selon la définition donnée dans le cadre d'une étude comparative européenne et rapportée par Guy Chappuis (La sinistralité des lésions bénignes du rachis cervical: une spécificité suisse? Un essai comparatif CEA/AREDOC_CEREDOC in: REAS 2005, p. 211, not. p. 212), on entend par traumatisme cervical bénin ou mineur une lésion du rachis cervical, causée par des mécanismes d'accélération-décélération (dus par exemple à une forte extension et/ou à une flexion plus ou moins accompagnée d'une torsion), sans implication neurologique et sans atteinte des structures osseuses, nerveuses ou discoligamentaires, pouvant entraîner une symptomatologie douloureuse au repos ou lors des mouvements et s'accompagner d'une mobilité réduite de la colonne cervicale.

D'après la jurisprudence, en matière de lésion du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration, de la mémoire et de la vue, nausées, fatigabilité, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337, 117 V 359 consid. 4b p. 360).

13. En l'espèce, le Dr E_____ a retenu que l'assurée souffrait d'asthénie, de troubles de la concentration, de troubles du sommeil d'ordre psychophysiologique et d'une discrète labilité émotionnelle. Le Dr A_____ a indiqué que l'essentiel des symptômes était subjectif.

L'ensemble des symptômes précités qui sont généralement attribuables à une lésion du rachis cervical (tableau clinique) fait en l'espèce défaut. On ne saurait donc présumer - en référence à la jurisprudence en matière de traumatisme de type « coup du lapin » - qu'il existe un lien de causalité naturelle entre les plaintes non objectivables de l'assurée et l'accident.

14. Il reste à se demander s'il existe des troubles objectivables qui soient en relation de causalité naturelle avec l'accident au-delà du 3 février 2006. Il faut répondre par la négative, au vu des observations des Drs E_____ et A_____.
15. Il n'apparaît à cet égard ni nécessaire, ni utile d'ordonner une expertise. Il sera rappelé à cet égard que, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects

médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4), ce qui n'est précisément pas le cas en l'occurrence.

16. En conclusion, il n'y pas d'atteinte objectivable qui puisse être en relation de causalité naturelle avec l'accident au-delà du 3 février 2006.

Le recours se révèle par conséquent mal fondé, étant inutile d'examiner le lien de causalité adéquate.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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