REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1676/2004 ATAS/626/2007

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 31 mai 2007

En la cause

Madame V_____, domiciliée , LES ACACIAS, représentée par FORUM SANTE	recourante

contre

ZURICH ASSURANCES, sise Talackerstrasse 1, OPFIKON	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL, Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame V_____, née le 1953, travaillait comme aide de cuisine au restaurant X_____ à Genève. A ce titre, elle était affiliée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de ZURICH ASSURANCES (ci-après : l'assurance).

2. Le 23 octobre 2001, l'intéressée a été victime d'un accident : alors que, sur son lieu de travail, elle déposait un bac d'eau sur une étagère, elle a glissé sur le sol et chuté de manière violente sur les fesses, un peu plus à gauche qu'à droite. Elle n'a pu se relever seule et deux personnes ont dû lui venir en aide. Elle a cependant terminé sa journée de travail. Elle n'a pu obtenir un rendez-vous chez le Dr A_____, neurochirurgien, que quelques jours plus tard. Entre temps, elle a poursuivi son activité professionnelle.

3. Le Dr A_____ a procédé à une radiographie qui n'a pas montré de lésion osseuse visible. Un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien a été mis en place mais il y a été mis un terme car il causait à l'assurée des douleurs d'estomac. Du CIRDALUD a alors été prescrit, qui n'a pas non plus été supporté par la patiente. Ces médicaments n'ont pas eu d'effet sur les douleurs et le traitement chez le Dr A_____ s'est poursuivi durant plusieurs mois, assorti d'une physiothérapie.

4. Dans un certificat médical daté du 9 novembre 2001, le Dr A_____ a diagnostiqué un lumbago aigu avec contusions des fesses et jambes. Il a précisé que la patiente ne suivait pas de traitements avant l'accident et que d'autres facteurs n'avaient pas exercé d'influence sur l'affection. Il a attesté d'une totale incapacité de travail à compter du 26 octobre 2001 et estimé qu'une reprise du travail à 50% serait éventuellement envisageable à la fin du mois de novembre selon l'évolution de la situation.

5. Dans un certificat daté du 26 février 2002, le même médecin a indiqué que des douleurs importantes persistaient. La patiente, après avoir repris le travail à 50% le 18 novembre 2001, était à nouveau dans l'incapacité totale de travailler depuis le 21 janvier 2002.

6. Dans un courrier daté du 19 mars 2002, le Dr A_____ a indiqué que selon la physiothérapeute, la situation évoluait favorablement. La patiente se plaignait d'irritations lombaires mécaniques avec douleurs partant de la ligne médiane et irradiant dans la fesse gauche et d'une difficulté à porter des charges. Il a expliqué que la patiente avait effectué, coup sur coup, deux chutes en glissant sur un sol mouillé en cuisine qui avaient provoqués un hématome de la fesse gauche, qu'elle ne s'était jamais plainte de lombalgies auparavant et que la situation actuelle devait donc être mise uniquement en rapport avec l'accident.

Le médecin a rappelé qu'à deux reprises, le 19 novembre 2001 puis le 11 janvier 2002, la patiente a tenté de reprendre le travail à 50% et qu'à chaque fois l'employeur en a profité pour exiger d'elle un travail à temps complet pendant quelques jours suivi d'un congé de compensation bien qu'il ait expliqué à l'employeur qu'il était important que la patiente ne travaille que quelques heures par jour pour qu'elle puisse profiter de l'autre partie de la journée pour se remettre. L'employeur ne s'étant pas conformé à ces directives, l'évolution, chaque fois positive sous traitement conservateur, s'est systématiquement dégradée lors de la reprise au bout du troisième ou quatrième jour, parce que le schéma de temps partiel n'a pas été respecté. Quant à la relation avec la chute, le médecin a indiqué ne pas disposer d'éléments en faveur d'une autre cause que cet événement.

7. Par la suite, la patiente a été prise en charge par la Dresse B_____, rhumatologue. Cette dernière, dans un rapport daté du 17 juin 2002, a posé le diagnostic de status post-contusion fesse gauche avec douleurs de la hanche gauche, douleurs lombaires et douleurs statiques pelviennes décompensées. Elle a indiqué que la capacité de travail était nulle depuis le 12 avril 2002. Elle a jugé qu'aucun autre facteur n'exerçait d'influence sur la capacité de travail.

8. Dans un rapport ultérieur daté du 30 août 2002, la Dresse B_____ a indiqué que, suite à la prise de cortisone, l'évolution était favorable bien que l'incapacité de travail soit toujours totale. Une fois encore, elle a indiqué qu'aucun autre facteur n'exerçait d'influence sur la capacité de travail. Elle a encore mentionné qu'il fallait s'attendre à des lombalgies lors des périodes de surcharge.

9. Par courrier du 3 juillet 2002, l'employeur de l'assurée a mis fin à son contrat de travail avec effet au 30 septembre 2002. Il a constaté que, depuis son accident en octobre 2001, elle n'avait pu reprendre son activité que de manière sporadique.

10. Le 5 juin 2003, le Prof. C_____, de la clinique et polyclinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des ("établissement hospitalier"), a rendu un rapport d'expertise à l'intention de l'assurance.

    Il rapporte que la patiente dit n'avoir jamais souffert de douleurs lombaires avant la date de l'accident. Elle se plaint principalement de douleurs sacrées et lombo-sacrées bases, un peu plus à gauche qu'à droite, qui apparaissent dès qu'elle conserve une position statique pendant un certain temps (10 à 15 minutes). Des douleurs apparaissent également lorsqu'elle se trouve en position couchée, de sorte que son sommeil est perturbé toutes les deux à trois heures. Les douleurs ont tendance à migrer au niveau du rachis, et également au niveau de la nuque et de la tête, dans sa partie médiane uniquement. Il n'y a en revanche pas de douleurs au niveau des membres inférieurs mais après le traumatisme, la patiente a ressenti des douleurs à la racine de la cuisse gauche, douleurs qui ont cédé après des traitements

de physiothérapie par manipulation locale. La patiente se plaint également de douleurs musculaires de la paroi abdominale.

Au moment de l'expertise, les douleurs lombaires étaient permanentes, fluctuantes dans leur intensité et dans leur irradiation proximale principalement, ce qui empêchait la patiente de reprendre une activité physique importante.

L'expert a posé le diagnostic de lombalgies résiduelles après traumatisme de l'hémi-bassin à gauche et du sacrum. Il a ajouté celui de discopathie visible sur le CT scan en L4-L5 et L5-S1. Enfin, l'expert a mentionné que l'IRM montrait une dessiccation des disques L4-L5 et L5-S1 avec une protrusion antérieure du disque L5-S1.

A la question de savoir si l'accident était la seule cause de l'atteinte à la santé, le médecin a répondu qu'il s'agissait d'une cause probable et que cette conclusion pouvait être tirée par un raisonnement d'élimination : il ne s'agissait pas d'une cause d'une probabilité prépondérante car la patiente a pu, à la suite de son accident, poursuivre une certaine activité professionnelle jusqu'aux premiers bilans médicaux. Les bilans radiologiques n'ont pas mis en évidence de lésions traumatiques sûres. D'un autre côté, il ne s'agissait pas non plus d'une cause plutôt improbable, puisqu'avant le traumatisme, il n'y a pas eu d'arrêts de travail, de plaintes ou de prise en charge thérapeutique du rachis. Il s'agit donc d'une "cause probable" car il y a eu traumatisme avec une énergie moyenne dû à une chute de sa hauteur sur un terrain qui vraisemblablement était déjà favorable à créer une lombalgie puisque les IRM effectuées 6 mois plus tard ont montré une dessiccation des disques L4-L5 et L5-S1, phénomène physiologique qui peut être un facteur aggravant d'une chute.

Selon le médecin, on est donc dans une situation qui est probable quant aux examens para-cliniques, par l'évolution des symptômes : après un traumatisme, habituellement, il y a plutôt diminution ou résolution partielle des douleurs, ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence, au contraire.

Ont été mentionnées comme causes étrangères à l'accident : les discopathies asymptomatiques préalables.

Le Prof. C_____ a estimé que les conséquences d'un traumatisme tel que subi par la patiente pouvaient s'étendre sur une durée d'une année et que les douleurs encore ressenties étaient plutôt dues à la discopathie préexistante, décompensée par le traumatisme.

Il a indiqué que la patiente, dans son travail d'aide en cuisine, devait faire de longues stations debout, porter des charges, laver de la nourriture penchée en avant, et que tous ces gestes n'étaient pas compatibles avec ses douleurs si bien qu'elle ne pouvait reprendre cette activité. L'expert a estimé qu'elle pourrait en revanche occuper un poste de travail adapté (travail léger permettant de fréquents

changements de position) à 50%. Le médecin a souligné qu'il était difficile de faire la part entre l'atteinte due à l'accident et celle due aux conséquences de l'accident sur une discopathie préexistante, raison pour laquelle il lui était difficile de déterminer quelle était la perte de gain due à l'accident et celle due à l'état antérieur dans l'exercice de la profession. A long terme, il a estimé que dans une activité adaptée avec des changements de positions fréquents et excluant le port de lourdes charges, la patiente pourrait, pour autant que ses compétences en français et sa formation soient adaptées, exercer une activité à 100%.

Considérant qu'avant l'accident, l'assurée n'éprouvait ni douleur ni gêne et que, par la suite, elle n'a plus pu exercer sa profession correctement malgré son désir sincère, le médecin a estimé que le taux d'atteinte à l'intégrité devait être fixé à 10%.

11. Par courrier du 2 décembre 2003, l'assureur a informé l'assurée qu'il n'avait pas l'intention de lui accorder de rente puisqu'aucune réduction de sa capacité de gain n'avait été mise en évidence. Il a en effet estimé que l'assurée pourrait exercer à plein temps une activité d'usine qui lui permettrait de réaliser un revenu de 3'600 fr. par mois, soit 46'800 fr. par année, alors qu'avant son atteinte, elle réalisait un revenu de 44'200 fr. par année. Par ailleurs, l'assureur, sur la base de l'expertise du Dr C_____, a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Il a par ailleurs imparti un délai de 30 jours à l'assurée pour s'exprimer et faire valoir son droit d'être entendue.

12. Par courrier du 8 janvier 2004, FORUM SANTE, au nom de l'assurée, a formé opposition à la "décision" du 2 décembre 2003. L'assurée a fait valoir qu'elle ne pouvait plus travailler qu'à 50%. Elle a par ailleurs contesté le montant retenu à titre de revenu de non invalide.

13. Le 30 janvier 2004, l'assurance a fait remarquer que son courrier du 2 décembre 2003 ne constituait pas une décision mais un simple projet de décision. Elle a relevé que le Dr C_____ avait écarté les alternatives de "probabilité prépondérante" et de "cause probable", qu'il fallait en conclure que la relation de causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés ne pouvait atteindre la qualification de vraisemblance prépondérante nécessaire et que les obligations de l'assurance avaient donc pris fin le 31 juillet 2003, fin du mois durant lequel une copie du rapport d'expertise médicale a été envoyée au médecin de l'assurée.

14. Par courrier du 5 février 2004, l'assurée a contesté une fois encore la comparaison des revenus à laquelle s'était livrée l'assureur en faisant valoir que, sur un marché équilibré, elle serait défavorisée en matière de fixation de son salaire, dans la mesure où elle serait obligée d'informer un éventuel employeur de ses problèmes de dos devenus chroniques et lui imposant certaines contraintes. Qui plus est, elle a fait remarquer qu'elle avait dépassé le seuil des 50 ans, si bien que son âge lui serait

également préjudiciable. Enfin, elle a demandé qu'il soit tenu compte du fait qu'elle n'avait pas d'expérience dans une nouvelle branche et que lui soit donc appliqué une réduction de 25%. Elle a conclu que son salaire théorique devrait être fixé à 35'100 fr. et non à 46'800 fr., ce qui lui ouvrirait droit à une rente de 25%.

15. Par ailleurs, par courrier du 12 février 2004, elle a également contesté la position de l'assurance quant au lien de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles. Elle s'étonne que des prestations lui aient été accordées jusqu'au 31 juillet 2003 et fait valoir que le terrain favorable évoqué par le Dr C_____ ne saurait expliquer en tant que tel les troubles dont elle souffre aujourd'hui, soulignant que nulle part le médecin n'a indiqué que ceux-ci étaient exagérés.

16. Par décision du 3 mai 2004, l'assureur a confirmé la fin du versement de ses prestations avec effet au 31 juillet 2003.

17. Par courrier du 24 mai 2004, l'assurée a formé opposition. Elle a indiqué ne pas contester l'expertise du Dr C_____ ni ses conclusions mais la lecture et l'interprétation qui en a été faite par l'assureur. Elle a souligné que c'est la distinction entre les conséquences de l'accident lui-même et les conséquences de l'accident sur une discopathie préexistante qui ont fait l'objet de la discussion, que le Professeur C_____ a totalement exclu d'autres causes aux problèmes qu'elle rencontre, qu'il n'a proposé aucune explication alternative, que l'origine de ses problèmes se trouve donc uniquement dans l'accident lui-même et dans les effets de cet accident sur une discopathie préexistante, qu'elle n'a jamais eu d'arrêt de travail ou de prise en charge thérapeutique antérieurement à l'accident. Elle a persisté à demander l'octroi d'une rente.

18. Par décision sur opposition du 28 juillet 2004, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 3 mai 2004. Il souligne que, selon le Dr C_____, le lien de causalité ne peut être qualifié que de probable et que la discopathie préexistante a été décompensée par la chute. Il estime ainsi que le rapport de causalité naturel n'a pas établi de manière vraisemblablement prépondérante.

19. Par courrier du 6 août 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à ce que lui soit reconnue une capacité résiduelle de travail de 50%. Elle fait valoir, concernant le calcul de son taux d'invalidité, que si elle était capable d'obtenir théoriquement avec handicap un emploi rémunéré 46'800 fr., elle aurait pu faire encore mieux sans handicap, que l'intimée n'a pas tenu compte du fait qu'elle sera contrainte de négocier des aménagements pour travailler, de son âge, du fait qu'elle est une femme et qu'il faudrait donc prendre en compte une réduction supplémentaire de sa capacité de gain de 25%.

20. Invité à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 9 septembre 2004, a conclu au rejet du recours. Il relève que selon l'expert, si la recourante est capable de travailler à 50% dans sa profession d'employée de restaurant, elle serait en revanche capable

de travailler à plein temps dans une activité adaptée avec changement de position fréquent et excluant le port de lourdes charges si bien qu'il convient de retenir une pleine capacité de travail et non une capacité de 50%.

21. Dans sa réplique du 27 septembre 2004, l'assurée relève que le Professeur C_____ - sous point 7.2 - a indiqué qu'au moment de l'expertise, elle ne pourrait reprendre une activité qu'à 50% seulement dans un travail adapté et que ce n'est que si ses compétences en français et sa formation étaient adaptés qu'elle pourrait travailler à 100% dans une telle activité. Cette hypothèse est donc conditionnée à une augmentation de compétences qu'elle n'a pas et ne saurait d'ailleurs constituer un motif de refus.

22. Dans sa duplique du 20 octobre 2004, l'assurance a encore fait valoir qu'une réduction pour handicap de 25% était, au vu de la jurisprudence, exagérée et qu'une réduction de 10% semblait adéquate.

23. A la demande du Tribunal de céans, la recourante, par courrier du 24 mai 2006, a produit ses fiches de salaire 2001 et 2002. Il en ressort qu'en 2001 - année de son accident - son salaire mensuel s'élevait à 3'320 fr. (soit 43'160 fr. par année).

24. Le 11 juillet 2006, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Prof. C_____.

25. Ce dernier a expliqué n'avoir vu l'assurée qu'à une occasion, lors de l'examen précédant son rapport d'expertise.

    De cet examen, il est ressorti principalement :

    - que l'assurée ne s'est jamais plainte, avant son accident et qu'elle n'a pas non plus été prise en charge auparavant ;

    - que l'amélioration de son état que l'on aurait pu attendre après l'accident n'a pas eu lieu.

    L'expert en a conclu qu'il y avait une lésion préexistante mais non diagnostiquée et sans symptôme. C'est la raison pour laquelle il n'a pas conclu à une relation de causalité certaine, pas plus qu'il n'a exclu tout lien de causalité. Le témoin a expliqué que, normalement, les effets d'une lésion traumatique finissent par disparaître progressivement. Dans son rapport, il a évoqué le délai d'une année parce que c'est ce que l'on observe généralement après une opération chirurgicale par exemple.

    Selon lui, les lésions préexistantes asymptomatiques au niveau du rachis ont certainement été décompensées par le traumatisme : l'apparition des symptômes a été déclenchée par ce dernier. Le témoin a répété qu'il était difficile de faire la part des choses et de dire ce qui se serait passé en l'absence du traumatisme. Il a estimé

que le traumatisme n'était ni la cause prépondérante des douleurs ni une cause à exclure. C'est la raison pour laquelle il l'a qualifié de cause probable. On ne peut nier le lien temporel assez fort entre ce traumatisme et l'apparition des douleurs. S'agissant de la capacité de travail, vu les lésions visibles, le laps de temps qui s'était écoulé depuis l'apparition des symptômes et l'expertise (un an et demi) et la non-influence des traitements, l'expert pense que la situation était stabilisée.

26. Par courrier du 20 juillet 2006, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé que, selon la jurisprudence, lorsqu'un état préexistant est aggravé par un accident, le lien de causalité ne cesse que si le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident, ce qu'a exclu le témoin.

27. Quant à l'intimée, elle a indiqué au Tribunal de céans, par courrier du 19 septembre 2006, qu'elle maintenait également sa position. Elle a fait remarqué que le témoin avait confirmé que le lien de causalité n'était ni certain ni à exclure mais seulement probable et que le status quo sine/ante avait été atteint une année après l'accident.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V 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 (LPGA) 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. 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 6 août 2004 contre une décision sur opposition du 24 mai 2004, dans la forme requise par l'art. 56 LPGA, le présent recours est recevable.

3. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut se voir allouer une rente d'invalidité, la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étant pas litigieuse. Il convient en premier lieu d'examiner la question du lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé dont souffre encore la recourante. Les notions de causalité naturelle ou adéquate n'ont pas été modifiées par l'entrée en vigueur de la LPGA et l'existence d'un rapport qualifié entre accident assuré et atteintes à la santé doit toujours être établi pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-accidents (cf. art. 6 al. 1 LAA; arrêt non publié N. du 13 février 2006, U 462/04, consid. 1.1 et les références).

4. 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 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. Que des facteurs indépendants de l'accident amplifient les douleurs ne suffit pas à nier le lien de cause à conséquence entre l'événement en question et les troubles invoqués. Il n'est en effet pas nécessaire, selon la jurisprudence que l'accident soit la cause unique de l'atteinte à la santé. Une causalité partielle suffit pour admettre l'existence d'un tel lien de causalité (ATF 117 V 360 consid. 4b in fine; RAMA 1996 n° U 264 p. 287s. consid. 3a).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liées 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) En l'espèce, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte doit être admis. En effet, l'expert, s'il n'a certes pu qualifier l'accident de "cause d'une probabilité prépondérante", n'a pas non plus exclu l'existence d'un lien de causalité. Au contraire, il a finalement qualifié l'accident de "cause probable". On doit donc reconnaître que le rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage parait possible.

Cependant, il ressort des explications du médecin que les lombalgies sont apparues en raison du terrain favorable qu'offrait la recourante, celle-ci présentant des discopathies asymptomatiques préalables.

c) Selon la jurisprudence, lorsque l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un état maladif préexistant, le devoir de l'assurance-accident de verser ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, c'est-à-dire lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante/sine) sur le 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; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit c'est-à-dire à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence). Cette règle n'entre cependant en considération que s'il n'est pas possible, dans les limites 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).

Cela ne signifie pas que l'assureur doit apporter la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle en prouvant des 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA U 451/05 du 25 octobre 2006 consid. 2; U 359/04, du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références).

C'est encore le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, 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 avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b; arrêt A. du 31 juillet 2001 [U 492/00] consid. 3c).

d) En l'espèce, force est de constater que le statu quo sine vel ante n'a pas été retrouvé dans la mesure où la recourante souffre toujours de lombalgies et où l'expert s'est déclaré dans l'impossibilité de dire si ces douleurs seraient effectivement apparues sans l'accident. Le lien de causalité naturelle doit donc être admis.

5. Reste à examiner la question du lien de causalité adéquate. Cette question relève du droit. Il appartient donc à l'administration - en cas de recours, au juge - de la trancher. Parce que la question de la causalité adéquate relève du droit et non des faits, elle ne saurait être examinée à l'aune de la règle du degré de vraisemblance prépondérante applicable à l'établissement des faits en matière d'assurances sociales (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références).

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, ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

Or, il ressort des déclarations de l'expert que les conséquences d'un traumatisme tel que celui subi par la recourante peuvent s'étendre sur une durée d'une année et que, selon lui, les douleurs encore ressenties par la patiente au-delà ne s'expliquent plus par le traumatisme. Au surplus, aucune limitation psychique n'est alléguée. Il en ressort que le lien de causalité adéquate a pris fin une année après l'accident, soit en octobre 2001, et qu'en mettant fin à ses prestations au 31 juillet 2003, l'assureur n'a pas violé ses obligations.

Partant, le recours est rejeté.

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. 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 :
Janine BOFFI	Karine STECK

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