RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1994/2005 **ATAS/288/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 mars 2007

En la cause

Madame R_____, domiciliée , ST-JULIEN-EN-GENEVOIS, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	recourante

contre

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, M. A. VON GUNTEN, Rechtsdienst, Steinengraben 41, BÂLE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges.

EN FAIT

1. Le 16 mars 1990, Madame R_____, née le 1946, employée auprès de l'X_____ à Genève et assurée à ce titre contre les accidents auprès de la NATIONALE SUISSE ASSURANCES (ci-après : l'assurance), a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle était arrêtée à un stop au volant de son véhicule, celui-ci a été violemment percuté à l'arrière par un autre véhicule.

2. Le rapport médical initial LAA signé par un médecin de la permanence d'Onex le 27 mars 1990, atteste que l'assurée a été victime d'un coup de lapin et prescrit de la physiothérapie, des antalgiques et des anti-inflammatoires.

3. Le 10 avril 1990, l'assurance a déclaré prendre le cas en charge.

4. L'assurée a repris le travail à 50% le 1er mai 1990, puis à 75% dès le 5 juillet 1990 et à 100% dès le 26 juillet 1990.

5. L'assurée a été suivie depuis le 16 juillet 1992 par le Dr A_____, à Annemasse, pour un traitement de manipulation. Ce médecin a attesté le 27 mars 1993 que l'état de santé de la patiente suivait une évolution lentement favorable mais il persistait des blocages cervicaux intermittents.

6. Le 9 août 1993, à la demande de l'assurance, le Dr B_____, spécialiste FHM médecin interne-rhumatologie, a rendu une expertise selon laquelle « il s'agit d'une patiente qui présente un syndrome cervical chronique à la suite d'un accident de la circulation : une commotion cérébrale qui se solde par des céphalées et des vertiges rotatoires ; une entorse vertébrale par déchirure partielle du ligament odonto-occipital (ligament alaire) gauche. Ce diagnostic, incontestable pour cette fois, provient de la synthèse des éléments objectifs cliniques et complémentaires. Il explique, à lui seul toutes les plaintes de la patiente. La lenteur de la récupération est habituelle. Il est clair que la patiente a besoin d'un traitement pour lutter à la fois contre ses céphalées et ses douleurs cervicales. Ces dernières sont de caractère algodysfonctionnel sur instabilité cervico-occipitale. Aussi minime soit-elle, cette dernière est susceptible de déclencher la symptomatologie douloureuse et de s'accompagner de manifestations d'irritation du sympathique cervical postérieur et de fibromyalgies de la ceinture scapulaire. Des techniques physiothérapeutiques actives ont été entreprises pour favoriser un assouplissement et aussi une solidité de la nuque. La musculature intrinsèque cervicale et celle de la ceinture scapulaire méritaient un entraînement intensif devant servir à instruire la patiente à effectuer elle-même sa rééducation. Certains épisodes, associés à des blocages réflexes, sont susceptibles d'amélioration par manipulations vertébrales. Ces dernières doivent être prescrites au coup par coup pour résoudre l'épisode aigu si et quand il survient. L'instabilité vertébrale est peut-être encore susceptible d'amélioration. Ses conséquences physiques actuelles et ses répercussions sur la vie socio-

professionnelle ne justifient en aucun cas toute thérapeutique agressive. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité pouvait être fixée à 10%.

L'expertise se fondait sur des radiographies de la colonne cervicale des 16 mars 1990, 29 juillet 1992 et 4 juin 1993 ainsi que de la colonne lombaire des 19 mars 1990 et 15 mai 1991 et d'un CAT SCAN de la charnière cervico-occipitale du 7 juillet 1993.

7. Le 14 septembre 1993, l'assurance a rendu une décision par laquelle elle prendrait en charge un traitement médical sous forme de manipulations vertébrales, lors d'épisode aigus et les suites futures en rapport direct avec l'accident. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8'100 fr. était allouée à l'assurée.

8. Le 4 octobre 1993, l'assurée a déclaré contester certains points de la décision.

9. Le 1er juin 1995, l'assurance, sur l'avis du Dr B_____, a pris en charge une cure thermale de l'assurée (forfait de 3'000 fr.).

10. Le 27 octobre 1995, le Dr B_____ a rendu une nouvelle expertise à la demande de l'assurance en relevant que la patiente souffrait toujours de séquelles, d'une dystonie de la colonne cervicale sous la forme d'un syndrome douloureux permanent.

11. Le 28 avril 1997, l'assurance a pris en charge pour un montant de 1'500 fr. une cure thermale de l'assurée. Elle en a fait de même le 17 mars 1999.

12. A la demande de l'assurance, la Dresse C_____, spécialiste en neuroradiologie, a revu les documents radiologiques de l'assurée, en particulier l'examen scannographique du 7 juillet 1993 et conclut qu'il n'y avait pas d'argument formel en faveur d'une lésion des ligaments alaires.

13. A la demande de l'assurance, le Dr B_____ a rendu un rapport médical le 22 avril 2002 relevant que depuis 1993, l'imagerie médicale avait fait des progrès et que rétrospectivement il n'existait pas d'argument en faveur d'une lésion du ligament alaire. Les plaintes actuelles, douze ans après l'événement accidentel, étaient d'avantage secondaires à un syndrome douloureux chronique plutôt qu'en relation de causalité naturelle avec l'accident.

14. Le 13 mai 2002, l'assurance a écrit à l'assurée qu'elle mettait un terme à la prise en charge de frais de traitement relatifs aux cervicalgies.

15. Une IRM de la charnière cervico-occipitale du 10 juin 2002 conclut à un « aspect aminci et partiellement kystique de l'apophyse odontoïde dans sa partie supérieure. Persistance d'un épaississement du ligament atlanto-alaire gauche, sans image de rupture actuellement ».

16. Le 19 juin 2002, le Dr A_____ a attesté qu'il lui semblait indiscutable que la lésion de la charnière était imputable à l'accident et que les douleurs cervicales étaient imputables à la lésion de la charnière.

17. Suite à l'envoi par l'assurée de rapports médicaux du Dr A_____, l'assurance a confirmé sa position dans un courrier du 3 février 2003.

18. Le 18 février 2004, le Dr A_____ a relevé que l'IRM du 10 juin 2002 avait confirmé l'atteinte de ligament atlanto-alaire gauche. Seule une cause traumatique pouvait expliquer ces images. Les douleurs étaient apparues après l'accident avec un lien direct de causalité et elles s'aggravaient depuis. En référence à une récente étude publiée dans le Nevroradiology 2002 par E_____ (et autres) au sujet des lésions post-traumatiques lors d'accidents de la circulation (ci-après : l'étude), on constatait que les images IRM qui attestaient des lésions des ligaments alaires étaient celles retrouvées chez l'assurée.

19. Le 3 mars 2004, l'assurée a demandé à l'assurance qu'elle revoie sa position, compte tenu des avis médicaux du Dr A_____, lesquels contredisaient celui du Dr B_____.

20. Le 18 mars 2004, l'assurance a requis une copie de l'étude médicale citée par le Dr A_____.

21. Le 24 mars 2005, l'assurance a écrit à l'assurée qu'elle avait consulté son médecin-conseil, le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, notamment relativement à l'avis du Dr A_____.

    Or, le ligament alaire ne présentait qu'un épaississement qui pouvait ne pas provenir de l'accident. Elle proposait que le dossier médical soit remis à la Dresse C_____ en vue d'obtenir un avis médical plus précis. Le 4 mai 2005, l'assurée s'est opposée à ce que le dossier soit à nouveau transmis à la Dresse C_____, et a requis la notification d'une décision formelle.

22. Par courrier du 11 mai 2005, l'assurance a exposé qu'un ligament alaire plus épais ne prouvait pas l'existence d'une lésion intrinsèque, ce d'autant que l'IRM du 10 juin 2002 ne faisait pas état d'un hypersignal. Elle n'avait pas à rendre de décision formelle car elle s'était déjà prononcée par courriers des 13 mai 2002 et 3 février 2003.

23. Le 29 juin 2005, le Dr D_____ s'est prononcé sur le dossier de l'assurée. L'IRM du 10 juin 2002 ne correspondait pas aux images qui permettaient au Dr E_____ selon l'étude médicale de tirer des conclusions quant à l'existence d'un traumatisme de type Whiplash. Il ne pensait pas que l'on pouvait, sur la base de cette étude, conclure que la symptomatologie de l'assurée était effectivement

toujours en relation de causalité avec l'accident. En l'absence de lésions clairement objectivées, la relation de causalité restait possible.

24. Le 8 juin 2005, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'assurance du 11 mai 2005 en concluant à son annulation et à ce que l'intimée prenne en charge tous les frais médicaux liés à l'accident, y compris une cure médicale par année. Elle a souligné qu'avant l'accident, elle ne présentait aucun antécédent médical et qu'elle subissait des douleurs uniquement depuis le jour de l'accident.

25. Le 15 août 2005, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité du recours, le courrier du 11 mai 2005 n'étant pas une décision sur opposition et, sur le fond, au rejet du recours en se référant aux rapports médicaux des Drs C_____, B_____ et D_____.

26. Le 26 septembre 2005, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : « j'ai encore des séquelles de mon accident, soit des douleurs à la tête, derrière la nuque, celle-ci se bloquant par moment, des vertiges avec des irradiations dans le bras gauche. Je dois régulièrement aller chez l'ostéopathe pour me faire débloquer la nuque. Une fois par année, je fais une cure thermale de trois semaines. Depuis 1999, les cures ne me sont plus remboursées par la Nationale et depuis 2000 ou 2001 l'ostéopathe non plus. Je suis assurée en France à la Sécu qui ne me rembourse pas ces frais dès lors qu'ils sont liés à un accident. Je suis suivie par le Dr A_____ pour les suites de l'accident. J'ai été licenciée en 1999 et je n'ai pas retrouvé de travail. Je précise que la Nationale m'a remboursé une partie des soins du Dr A_____ en 2003. Je vous transmettrai des renseignements plus précis à ce sujet ».

    L'assurance a admis conformément à l'interprétation de la recourante que le courrier du 11 mai 2005 était une décision sur opposition ouvrant la voie de recours au Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a estimé qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire alors que la recourante a déclaré qu'elle l'estimait absolument indispensable, au vu de l'avis divergent du Dr A_____.

27. Le 1er décembre 2005, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse F_____, spécialiste FMH en neurologie à la Clinique et Policlinique de Neurologie des ("établissement hospitalier"), et leur a transmis le projet de mission d'expertise en leur impartissant un délai pour qu'ils se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

28. Le 12 décembre 2005, l'intimée s'est étonnée de ce que la mission d'expertise ne soit pas incorporée dans une ordonnance et a récusé la Dresse F_____ au motif qu'elle était inconnue de ses services et que sa formation, sa spécialité et ses qualités n'étaient pas mentionnées. Elle a proposé de mandater la "établissement

hospitalier" à Genève. Enfin, elle a demandé une modification des questions 2. h. à 2. i de la mission d'expertise.

29. Le 16 décembre 2005, la recourante s'est opposée à l'expert choisi par l'intimée et a déclaré approuver celui désigné par le Tribunal de céans ainsi que la mission d'expertise.

30. Le 22 décembre 2005, le Tribunal de céans a ordonné une expertise qu'il a confiée à la Dresse F_____.

31. Le 28 septembre 2006, la Dresse F_____, cheffe de clinique, ainsi que le Dr G_____, médecin adjoint agrégé, ont rendu leur rapport d'expertise fondé sur le dossier médical, un examen neurologique du 7 mars 2006 et une IRM cervicale du 27 avril 2006, attestant de ligaments alaires sans particularité.

    L'expertise relève que la patiente se plaint de céphalées de caractère continu, en casque, prédominant au niveau occipital, à raison d'environ une fois par mois. Par ailleurs, elle se plaint de cervicalgies, associées à des "blocages" de la nuque à gauche avec des irradiations douloureuses dans le bras gauche, nécessitant des manipulations (Dr A_____) qui, selon elle, améliorent nettement sa symptomatologie. Elle dit souffrir un peu plus fréquemment de céphalées que de cervicalgies qu'elle traite par la prise, de façon intermittente, de médicaments. Enfin, elle décrit également une sensation de "bras et mains froides" à gauche associée aux brachialgies.

    L'assurée a présenté des symptômes (céphalées non pulsatives en casque et cervicalgies chroniques) compatibles avec un status post-entorse cervicale de type whiplash, sans douleur de l'articulation temporo-mandibulaire. 5 à 20 % de ces accidents engendreraient des douleurs significatives. Bien que l'évolution soit atypique, ils concluent au fait qu'il existe un lien de causalité naturelle entre la symptomatologie cervicale et brachiale gauche et l'accident dont elle a été victime le 16 mars 1990. Ce lien de causalité est probable avec un degré de vraisemblance prépondérant. Les raisons sont à leur avis l'absence de douleur avant et surtout le caractère strictement identique des douleurs au cours de toutes ces années. La latéralisation de la douleur à gauche associée à l'irradiation et les troubles neurovégétatifs dans le membre inférieur gauche parlent pour leur part en faveur de douleurs référées. Les céphalées peuvent moins être considérées comme directement en rapport avec l'accident car de type mécanique et plus chroniques. Les mesures thérapeutiques nécessaires consistent en un traitement antalgique symptomatique, une physiothérapie lors de décompensation aiguë (manipulation avec précaution de la colonne cervicale) : pragmatiquement deux fois neuf séances sur l'année serait un nombre maximum. De plus, une hygiène physique avec par exemple natation en piscine, éventuellement chaude (la patiente le fait déjà) et gymnastique du dos est souhaitable.

32. Le 23 octobre 2006, la recourante a relevé que l'expertise attestait d'un lien de causalité entre sa symptomatologie et l'accident.

33. Le 4 janvier 2007, l'assurance a observé que de l'avis du Dr D_____ les conclusions de l'expertise étaient peu étayées; celle-ci n'expliquait pas en quoi l'évolution était atypique, elle était lacunaire quant à la problématique du ligament alaire et ne disait pas si le statu quo sine avait pu être obtenu. L'expertise se bornait à des affirmations non argumentées et n'était pas convaincante. Il convenait de se référer aux avis des Drs D_____ (28 juin 2005) et B_____ (22 avril 2002). Etait joint l'avis du Dr D_____ (17 novembre 2006) auquel l'assurance faisait référence.

34. Le 10 janvier 2007, le Tribunal de céans a requis des experts qu'ils se prononcent sur les critiques émises par le Dr D_____.

35. Le 25 janvier 2007, ceux-ci ont répondu que l'évolution était atypique par le fait que l'assurée présentait seize ans après l'accident encore des céphalées continues en casque, à raison d'une fois par mois et des cervicalgies, à prédominance gauche avec irradiation douloureuse dans le bras gauche. D'après la littérature, bien que les douleurs restaient présentes dans 20 % de la population, seuls 4 % étaient gênés au point de ne pas retravailler après deux ans.

    S'agissant d'une lésion anatomique post-traumatique, en se basant sur les examens pratiqués chez le Dr H_____, ainsi que l'IRM cervicale d'avril 2006, une discrète asymétrie de taille en défaveur de la droite était constatée au niveau des ligaments alaires, respectivement interprétée comme un épaississement du ligament atlanto-alaire gauche par le Dr H_____ en 1993 et 2002. En 2006, le Dr I_____ avait retenu simplement une asymétrie de taille, signifiant qu'il n'y avait plus d'atteinte résiduelle. Le statu quo sine (= stade d'évolution qu'il aurait atteint sans avoir eu d'accident) n'était à leur avis pas atteint sur le plan clinique. Il était clair qu'après quinze ans, il était impossible de prévoir ce que serait devenue la patiente sans avoir eu d'accident, mais leurs arguments avaient été précis. Sur le plan radiologique, on pouvait considérer que le statu sine avait été atteint en tout cas le 24 juillet 2006 (IRM interprétée par le Dr I_____).

36. Le 19 février 2007, l'assurance a transmis deux avis des Drs B_____ du 5 février 2007 et D_____ du 9 février 2007 et maintenu sa position. Il était contradictoire de dire que le statu quo sine était atteint du point de vue radiologique mais pas du point de vue clinique. A titre subsidiaire l'assurance demandait qu'une nouvelle expertise neurologique soit ordonnée ou l'audition des experts.

    Le Dr B_____ relève dans son avis médical qu'il avait dans ses rapports des 9 août 1993, 19 janvier et 27 octobre 1995 également accepté la relation de causalité de la symptomatologie avec l'accident. En revanche, en l'absence de preuve d'une atteinte post-traumatique de la charnière cervico-occipitale il estimait que douze ans

après l'accident, les plaintes étaient plutôt secondaires à un syndrome douloureux chronique. Selon la littérature médicale, malgré l'absence de lésion objectivables, 10 % des victimes d'une distorsion cervicale pouvaient souffrir pendant plus de cinq ans des suites de celle-ci. La faible minorité de ces victimes témoignait donc en faveur d'un degré de vraisemblance non prépondérant et la relation de causalité naturelle pouvait n'être que possible. La Dresse F_____ concluait dans le sens contraire, mais sans aucune démonstration. Selon lui, le traitement préconisé, précisément celui qui avait été instauré et suivi pendant douze ans, pouvait être poursuivi mais pas à la charge de l'assureur LAA.

Le Dr D_____ relève que la Dresse F_____ ne retient pas d'atteinte résiduelle anatomique post-traumatique au niveau des ligaments alaires et qu'il n'y a donc pas de séquelles objectivables. L'argumentation de la Dresse F_____ était lacunaire car l'absence de douleurs avant l'accident ne pouvait justifier un lien de causalité. Il état d'accord avec la conclusion du Dr B_____ qui parlait de syndrome douloureux chronique.

37. Le 20 février 2007, la recourante s'est référée aux conclusions de l'expertise.

38. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 22 décembre 2005, le Tribunal de céans a constaté qu'il était compétent pour juger du cas d'espèce et déclaré le recours recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si les troubles dont souffre encore la recourante se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès mai 2002, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour les prestations antérieures à cette date et par la LPGA pour les prestations postérieures au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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 de la causalité naturelle 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, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

5. a) L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

   b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

6. En l'espèce, en présence d'avis médicaux contradictoires, le Tribunal de céans a estimé nécessaire de faire procéder à une expertise laquelle a été rendue le 28 septembre 2006.

   Cette expertise répond aux critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu pleine valeur probante. En particulier, elle explique de façon convaincante que les céphalées continues en casque, les cervicalgies et irradiations douloureuses dans le bras gauche apparues tout de suite après l'accident - ayant entrainé une entorse cervicale - sont en relation de causalité naturelle avec celui-ci. Il y a ainsi lieu de considérer que la lésion au rachis cervical et ses suites est dûment attestée par des renseignements médicaux fiables et que les plaintes apparaissent avec un degré de vraisemblance prépondérant comme les conséquences de l'accident.

   S'agissant de la problématique du ligament alaire, force est de constater que l'on se trouve justement face à une lésion au rachis cervical sans preuve d'un déficit fonctionnel organique pour laquelle la causalité naturelle peut être admise. Il n'est donc pas déterminant qu'aucune séquelle anatomique objectivable n'ait été décelée. Le Tribunal fédéral des assurances reconnaît d'ailleurs qu'une distorsion cervicale peut entrainer un cortège de symptômes susceptibles de perdurer pendant des années (ATFA du 2 avril 2003, U 58/02), ce que l'expertise confirme en l'espèce en relevant que la recourante se trouve dans les 5 à 20 % de cas pour lesquels des douleurs significatives perdurent après l'accident. Cette conclusion n'est pas uniquement fondée sur le fait que la recourante ne présentait pas de douleur avant l'accident mais surtout sur la constatation que les douleurs sont restées strictement identiques au cours des années et également sur le genre de douleurs, soit latérales à gauche avec irradiation et troubles neurovégétatifs dans le membre supérieur gauche.

   Le fait, comme le relève le Dr B_____, qu'une minorité, soit 10 %, des victimes d'une entorse cervicale souffre pendant plusieurs années, soit plus de cinq ans, des suites de celles-ci ne permet pas d'exclure en soi que la recourante se trouve dans ce cas.

Enfin, il n'y a pas de contradiction à constater que la recourante présente les symptômes d'un status post-entorse cervicale tout en relevant que l'évolution est atypique dès lors que dans la majorité des cas (soit 80 %) les experts ont mentionné qu'il n'y a plus de persistance de douleurs significatives après une telle entorse et que la recourante se trouve précisément dans les 20 % restants.

Quant au statu quo sine, l'expertise mentionne clairement qu'il n'est pas atteint sur le plan clinique. Le fait qu'il le soit sur le plan radiologique au jour de l'IRM du 24 juillet 2006 ne fait que confirmer qu'aucune lésion objectivable n'a été décelée.

Au vu de ce qui précède, la causalité naturelle entre la symptomatologie de la recourante et l'accident doit être admise.

S'agissant de la causalité adéquate, compte tenu de son déroulement et des atteintes qu'il a générées, l'accident doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. L'accident n'a pas été particulièrement dramatique ou impressionnant. En revanche, les lésions sont graves en ce sens que l'entorse cervicale a entrainé un cortège de symptômes douloureux et persistants (céphalées, irradiations dans le bras, cervicalgies). La durée du traitement médical, encore suivi plus de seize ans après l'accident, soit la prise d'antalgiques, de la physiothérapie, des manipulations et des cures doit être considérée comme anormalement longue. Les douleurs sont persistantes et la guérison rendue difficile dès lors que l'amélioration n'a été que très lente et que les symptômes douloureux persistent. En définitive, l'analyse des critères objectifs consacrés par la jurisprudence permet de conclure à un rapport de causalité adéquate, soit permet de retenir que l'accident a eu une importance déterminante dans la persistance de la symptomatologie.

7. En conséquence, le recours doit être admis, la décision du 11 mai 2005 annulée et l'intimée condamnée à prendre en charge les suites de l'accident du 16 mars 1990. Une indemnité de 2'500 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Admet le recours.

Au fond :

2. Annule la décision sur opposition du 11 mai 2005.

3. Condamne l'intimée à prendre en charge les suites de l'accident du 16 mars 1990.

4. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de 2'500 fr.

5. 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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