REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2988/2006 **ATAS/590/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 30 mai 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , 1203 Genève, représentée par Fortuna protection juridique, Janique Plancherel	recourante
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Florence BRUTSCH et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après la recourante), née en 1960, était inscrite auprès de l'assurance-chômage depuis le 1er janvier 2005, et a été assurée à ce titre auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après SUVA) contre les accidents.

2. En date du 15 janvier 2005, la recourante a été victime d'un accident de la circulation. Elle était passagère d'un véhicule qui a ralenti lorsque des sangliers ont traversé la rue. La voiture de derrière les a emboutis. Un constat à l'amiable a été fait. Selon la déclaration d'accident non datée, la partie du corps qui a été atteint était la colonne vertébrale.

3. Le jour même, la recourante s'est rendue aux urgences de "établissement hospitalier". Les médecins n'ont pas constaté de trouble statique, ni de déplacement de la dent de l'axis, et ni d'anomalie des parties molles, mais ils ont relevé une raideur cervicale nette, avec un alignement vertébral conservé sans tassement, et des lésions dégénératives discrètes en C6-C7.

4. Dans le rapport du 27 janvier 2005, adressé à la SUVA, le Dr A_____, médecin spécialiste en neurologie et médecin traitant de la recourante, a posé comme diagnostic une distorsion cervicale post traumatique et des troubles de la concentration. Il a constaté une limitation de la mobilité de la nuque à 30° en rotation et 20° en flexion, une palpation sensible. Le traitement ordonné était une collerette et des analgésiques. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 15 janvier 2005. Les premiers soins ont été prodigués le 17 janvier 2005.

5. En date du 31 janvier 2005, le Dr B_____, radiologue, a effectué une radiographie de la colonne cervicale. Dans son rapport, adressé au Dr A_____, il a conclu à une discrète scoliose cervicale à convexité droite et diminution de la lordose physiologique, une discopathie en C5-C6 et plus prononcée C6-C7, un minime glissement antérieur de l'étage cervical supérieur en C4 et qui se réduit en extension, pas de tassement vertébral, pas de glissement latéral en bending latéral gauche et droit.

6. Dans le rapport intermédiaire du 22 mars 2005, le Dr A_____ a conclu à un syndrome post traumatique et à des distorsions cervicales. Il a constaté une persistance de troubles de la concentration et de la mémoire, une amélioration des douleurs, et des céphalées intermittentes. Le traitement en cours était de la physiothérapie.

7. La recourante a été examinée le 6 et 8 avril 2005 par Madame A1_____, psychologue diplômé FSP, qui a établi en date du 9 avril 2005 un rapport d'examen neuropsychologique. Cet examen neuropsychologique réalisé auprès de la

recourante a mis en évidence "sur le plan mnésique, des difficultés dans l'apprentissage d'un matériel verbal (15 mots), et des scores limites à une tâche d'empan verbal, un discret manque du mot en expression orale spontanée, et dans certaines épreuves sollicitant une réponse verbale (dénomination d'images), alors que les autres tâches langagières ne montrent pas de difficulté, un dysfonctionnement exécutif modéré (persévérations, difficultés d'inhibition et d'initiation), un ralentissement important, au niveau thymique, des scores significativement élevés dans une échelle d'auto-évaluation portant sur la dépression et l'anxiété (HAD)."

Selon la psychologue, cette symptomatologie clinique était compatible avec les séquelles de l'accident dont la recourante avait été victime en janvier 2005 et elle parlait en faveur d'un dysfonctionnement sous-cortico-frontal. La dissociation observée entre les performances dans les épreuves verbales et visuo-spatiales, évoquait une souffrance à prédominance hémisphérique gauche. Par ailleurs, les plaintes langagières évoquées par la recourante et le manque du mot relevé dans les épreuves étaient compatibles avec une telle souffrance cérébrale.

La psychologue a précisé que les aspects émotionnels exacerbaient très probablement les difficultés cognitives mises en évidence.

8. Le médecin de l'arrondissement de la SUVA, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie, a examiné la recourante, et a établi un rapport le 12 avril 2005. Il a résumé les rapports médicaux au dossier, et a recueilli les déclarations de la recourante. La recourante s'est plainte de nucalgies du côté droit essentiellement mais son problème maximum était le manque de concentration, des oublis et des maux de tête. Lors de l'appréciation du cas, il a déclaré que "nous nous trouvons à 3 mois d'une possible entorse cervicale dans un accident de la voie publique alors que la patiente était passagère d'un véhicule et portait la ceinture de sécurité. Pas de traumatisme crânien ni perte de connaissance. Cervicalgies persistantes et troubles de la concentration depuis lors. Mis à part des douleurs alléguées aux mouvements de rotations de la nuque, l'examen clinique de ce jour ne relève aucun syndrome déficitaire sensitivomoteur." La recourante a été adressé à un neuropsychologue, mais la SUVA ne possédait pas encore de rapport de ce dernier. Le médecin de l'arrondissement a noté que le médecin traitant de la recourante avait prévu un scanner cérébral de contrôle. La recourante a déjà eu un accident du même type en 2000. Selon ce médecin, la situation n'était donc pas stabilisée et l'incapacité de travail perdurait. Il a proposé de revoir la recourante 6 mois après l'accident.

9. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) effectuée le 29 avril 2005 par le Dr D_____ et la Dresse E_____, radiologues FMH, a mis en évidence des remaniements dégénératifs disco-vertébraux C5-C6 et C6-C7 prédominant en C6-C7 responsables d'un rétrécissement du canal cervical

prédominant en C6-C7 ainsi que d'une importante diminution de la vacuité du trou de conjugaison C6-C7 gauche.

10. L'IRM cérébrale du 2 mai 2005, par le Dr D_____ et la Dresse E_____, n'a montré aucune anomalie notable tant avant qu'après injection de produit de contraste.

11. Une expertise a été effectuée en date du 3 mai 2005, sur demande de l'Assurance Matmut, assurance responsabilité civile du détenteur du véhicule accidenté, par le Dr F_____, diplômé de Réparation Juridique du Dommage Corporel, médecin français. Lors de l'examen de la recourante, l'expert a constaté que sur le plan neurologique, il n'existait pas de déficit moteur ou sensitif, central ou périphérique, de trouble de l'équilibration et de la coordination. Il a rappelé que l'IRM cérébrale du 2 mai 2005 était normale. De plus, lors de l'entretien, il n'a pas relevé de troubles psychiques notamment anxieux ou dépressif ni d'atteinte apparente de l'expression orale. Il a posé comme diagnostic une entorse cervicale bénigne (sans lésion radiographique). Il a considéré qu'en l'absence d'atteinte crânio-cérébrale, les troubles neuropsychologiques notés le 9 avril 2005 n'étaient pas imputable à l'accident. Les bilans actuels étaient en relation avec l'état antérieur de la blessée. L'état ne justifiait pas la poursuite de l'incapacité temporaire totale au-delà de la date du 9 avril 2005. La recourante souffrait d'une gêne fonctionnelle douloureuse du rachis cervical, variable suivant le temps d'examen, en relation avec l'état antérieur, sans incidence notable sur les actes essentiels de la vie quotidienne, sur les activités de loisir, sur l'activité professionnelle qui n'apparaît pas contre indiquée et sur les activités affectives et familiales de la blessée.

12. Dans le rapport intermédiaire du 6 juin 2005, adressé à la SUVA, le Dr A_____ a diagnostiqué le syndrome post traumatique. Il a signalé qu'il y avait une amélioration concernant la distorsion cervicale, mais que les troubles neuropsychologiques persistaient. Il a indiqué que des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas en ce qui concerne les douleurs cervico-dorsales, mais par contre il n'y avait pas d'influence pour les troubles neuropsychologiques.

13. Par courrier du 5 juillet 2005, adressé à la mandataire de la recourante, le Dr A_____ a indiqué que l'ensemble des troubles dont souffrait la recourante constituait, même en l'absence de toute lésion visible à l'IRM cérébrale, les signes d'un dysfonctionnement cérébral qualifié de dysfonctionnement sous-cortico-frontal par le neuropsychologue. D'un point de vue médico-légal, cet état de fait était imputable à l'accident du 15 janvier 2005 contrairement à ce qui était mentionné dans le rapport de l'expertise du Dr F_____. Selon le Dr A_____, l'argument qu'il n'existait pas d'atteinte crânio-cérébrale visible n'excluait en aucune manière ce diagnostic. Par conséquent, il existait encore une incapacité complète de travail. S'agissant des limitations cervicales, elles étaient modérées, et elles seules

n'impliquaient pas une incapacité de travail. De ce point de vue, le médecin était d'accord avec l'expertise du Dr F_____ qui parlait d'une entorse cervicale bénigne, sans lésion radiographique.

14. Lors de son second rapport du 21 juillet 2005, le médecin d'arrondissement de la SUVA a constaté que l'examen somatique était pratiquement superposable à l'examen précédent et à l'examen de l'expert médical. La recourante se plaignait surtout d'un manque de concentration, de maux de tête et de nucalgies, de troubles de la mémoire qui l'obligeaient de noter tout ce qu'elle devait faire notamment les rendez-vous ou téléphones. Elle ne prenait aucun médicament et aucune proposition thérapeutique particulière ne lui a été faite. Elle n'est suivie que par le Dr A_____. Les examens complémentaires (radiographies du rachis cervical standard, IRM cervicale, IRM cérébrale) n'ont montré aucune lésion de type traumatique mais des troubles cervicaux de type dégénératif. Le médecin a constaté qu'aucun déficit sensitivomoteur, excepté les nucalgies subjectives n'avaient été relevé par le précédent examen, par d'autres médecins, et également par son second examen clinique. La mobilité de la colonne cervicale était satisfaisante. En ce qui concerne les problèmes cervicaux, il a considéré que les conséquences délétères de l'accident du 15 janvier 2005 étaient éteintes. Le problème des troubles neuropsychologiques restait à définir quant à la causalité par rapport à cet accident.

15. Dans le rapport du 31 juillet 2005, le Dr G_____, spécialiste FHM en cardiologie, à "établissement hospitalier", a posé comme diagnostic une entorse cervicale. Il a indiqué que les premiers soins ont été prodigué le 15 janvier 2005 et le traitement s'est terminé le 16 janvier 2005. La recourante s'était plainte de céphalées et de cervicalgies. Il a constaté des douleurs à la palpation et une mobilité du rachis cervical. Selon ce médecin, les lésions étaient dues uniquement à l'accident. Un traitement antalgique a été ordonné, ainsi que le port d'une minerve.

16. Dans son appréciation neurologique du 14 décembre 2005, la Dresse H_____, spécialiste FMH en neurologie, n'a pas constaté, en se basant sur les pièces médicales au dossier, des lésions corticales ou sous-corticales dans les lobes frontaux qui pourraient correspondre à des séquelles traumatiques ou expliquer le dysfonctionnement frontal observé lors de l'examen neuropsychologique. Elle a rappelé que la recourante disposait "déjà d'un vaste dossier CNA établi des suites d'un accident de la voie publique qui s'était produit en l'an 2000 et s'était soldé par le développement d'un syndrome algique persistant de la colonne cervicale et par l'émergence de troubles psychiques. (…) Dans le cadre des examens effectués suite à ce traumatisme, des troubles dégénératifs équivalents à ceux observables sur les clichés actuels avaient été mis en évidence." Ce médecin a indiqué que la recourante avait subi un possible traumatisme de type "coup de lapin", à la suite de l'accident de la circulation du 15 janvier 2005. Elle a constaté que, vu les antécédents de la recourante, il était plausible d'admettre que ses algies s'étaient temporairement aggravées à la suite de cet événement même si le choc n'avait pas

été violent, et que les cervicalgies avaient nécessité dans un premier temps des soins médicaux. Les différents examens cliniques et IRM n'ont pas mis en évidence de nouvelle pathologie. Elle a donc admis qu'au niveau du rachis cervical le status quo sine était rétabli. Il n'y avait pas d'argument plaidant en faveur d'un traumatisme cérébral mineur. En effet, la recourante n'a jamais prétendu avoir subi un choc sur la tête ou avoir perdu connaissance, qui sont des critères élémentaires pour permettre de poser un diagnostic de traumatisme cérébral mineur. Le médecin a indiqué que quelques-unes des dysfonctions isolées décelées à l'examen neuropsychologique auraient pu faire suspecter l'existence de lésions structurelles cérébrales focales, mais l'IRM n'a pas permis de déceler de telles lésions.

En conclusion, les troubles de la recourante ne représentaient très probablement pas des séquelles d'un traumatisme équivalant, en particulier parce qu'il n'y a aucune évidence qu'un traumatisme cérébral ait eu lieu. En outre, le tableau des troubles de la recourante ne permettait pas de distinguer entre possibles séquelles traumatiques et état anxiodépressif ou encore état douloureux chronique. Une relation de causalité entre l'accident du 15 janvier 2005 et les troubles observés à l'examen neuropsychologique du 5 et 8 avril 2005 n'était donc que possible.

17. Par décision du 19 janvier 2006, la SUVA a mis un terme à toutes prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) au 31 janvier 2006, au motif qu'il n'existait plus de lien de causalité entre les troubles et l'accident du 15 janvier 2005. L'effet suspensif d'un éventuel recours a été retiré.

18. Dans son rapport d'examen neuropsychologique adressé au Dr A_____ en date du 9 février 2006, Madame A1_____ a comparé la situation à celle de l'examen d'avril 2005. Elle a tout d'abord observé une persistance d'un discret manque du mot, qui paraissait cependant moins manifeste tant en expression spontanée qu'à une tâche de dénomination, ensuite sur le plan mnésique, une amélioration significative des scores au rappel différé d'un matériel verbal (15 mots), alors que la phase d'acquisition demeure modérément déficitaire, puis un empan verbal qui restait à la limite inférieure des normes, ensuite la persistance d'un fonctionnement exécutif modéré (persévération aux frises, difficultés d'inhibition et de planification), avec toutefois une légère amélioration des performances dans certaines tâches, et enfin dans une épreuve informatisée évaluant l'attention sélective, des difficultés modérées à sévères qui se caractérisaient par un nombre élevé d'omissions et d'intrusions (elle a indiqué que ce test n'avait pas été administré auparavant). Ces résultats montraient une évolution favorable des compétences cognitives de la recourante, bien qu'il persistait des difficultés qui avaient probablement un impact significatif sur les activités quotidiennes. Sur le plan psychique, tant les éléments anamnestiques que les scores obtenues à une échelle d'autoévaluation révélaient une amélioration de la thymie de la recourante. De même, les signes de fatigabilité et le ralentissement étaient nettement moins manifestes qu'auparavant.

19. Par courrier du 10 février 2006, l'assurance HERMES, Caisse-maladie de la recourante, a retiré son opposition provisoire du 25 janvier 2006, et informé la SUVA qu'elle prendrait en charge les frais médicaux relatifs à cette affection dès le 1er février 2006.

20. En date du 20 février 2006, la recourante a formé opposition contre la décision du 19 janvier 2006, au motif qu'il ressortait clairement du dernier rapport neuropsychologique qu'elle souffrait encore des suites de l'accident pour lesquelles la poursuite du traitement était préconisée ainsi qu'une incapacité de travail totale. Elle a indiqué que même si une évolution favorable a été constaté, elle était encore fortement handicapée dans sa vie quotidienne. Il convient également de noter qu'elle a souffert des mêmes suites lors de son premier accident. Ses affections "actuelles" étaient donc bien en rapport de lien de causalité avec le type d'accident subi. En plus, elle a indiqué qu'une expertise arbitrale allait être mise sur pied par l'assurance MATMUT, et qu'il conviendrait d'attendre son résultat avant de se déterminer sur une interruption des prestations.

21. Par décision sur opposition du 18 avril 2006, la SUVA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 19 janvier 2006. En effet, il n'y avait aucun motif concluant qui autorisait de s'écarter des appréciations du Dr I_____ et du Dr H_____, ayant pleine valeur probante. Selon la SUVA, le statu quo sine était jugé atteint s'agissant des troubles cervicaux et le lien de causalité entre la symptomatologie neuropsychologique et l'accident en cause n'était pas donné à satisfaction de droit. Elle a rappelé que la caisse-maladie HERMES, après avoir consulté les actes de la SUVA, a retiré son opposition préventive et accepté de prendre en charge le cas à compter du 31 janvier 2006. De plus, la SUVA a refusé d'attendre les conclusions de l'expertise médicale française requise dans le cadre d'une problématique de responsabilité civile.

22. Par courrier du 30 mai 2006, à l'attention de la mandante de la recourante, le Dr A_____ a rappelé que les diagnostics posés étaient une entorse cervicale - coup du lapin, et un trouble mental lié à une affection physique. Il a indiqué que même si la recourante n'a pas perdu connaissance lors de l'accident, le choc a provoqué une distorsion cervicale tout à fait nette ainsi que des difficultés neuropsychologiques qui n'étaient pas présentes avant l'accident. Il explique qu'il n'a pas évalué la recourante sur le plan neuropsychologique avant le 9 février 2006, mais signale qu'elle s'était immédiatement plainte de troubles de la concentration importants. De plus, l'examen neuropsychologique objectivait des difficultés compatibles avec un dysfonctionnement sous-cortical, même s'il est vrai que les aspects émotionnels exacerbaient probablement des difficultés cognitives mises en évidence. Le médecin a précisé que l'évolution de ces troubles était favorable dans le sens où le status cervical était normalisé et les facultés neuropsychologiques nettement améliorées. Selon ce médecin, le lien de causalité entre l'accident et la distorsion cervicale était certaine, celle-ci s'étant améliorée progressivement, elle a

probablement disparu dans le courant d'avril ou mai 2005. S'agissant des troubles neuropsychologiques, le lien de causalité lui paraissait très probable. Il a indiqué qu'il persistait encore de légers troubles mais il considérait qu'ils n'affectaient plus la capacité de travail de la recourante. Par conséquent, la capacité de travail de la recourante était totale. Il a rappelé que les accidents antérieurs ne faisaient que limiter la recourante pour des activités lourdes. Pour le médecin, l'atteinte objective ne faisait aucun doute, même si, comme l'a relevé la neuropsychologue, il existait une composante anxieuse et émotionnelle.

23. En date du 16 août 2006, la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition, et à l'octroi des prestations découlant de la LAA au-delà du 31 janvier 2006. Selon la recourante, l'incapacité de travail et les traitements au-delà du 31 janvier 2006 étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 15 janvier 2005. Elle a indiqué que l'opinion du Dr A_____ (courrier du 30 mai 2006) était largement étayée, qu'il n'y avait pas lieu d'écarter son rapport au profit de l'opinion de la Dresse H_____, neurologue FMH. En effet, cette dernière n'a pas tenu compte de toutes les pièces médicales au dossier et ne possédait, pas plus que le Dr A_____, la spécialisation nécessaire à l'appréciation d'une atteinte neuropsychologique et non uniquement neurologique.

24. Dans sa réponse du 13 octobre 2006, la SUVA a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition du 18 avril 2006.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 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). 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). La LPGA s'applique au cas d'espèce, car l'accident dont a été victime la recourante est survenu le 15 janvier 2005.

3. En dérogation à l'art. 60 LPGA qui prévoit un délai de recours de 30 jours dès la notification de la décision sur opposition, le délai de recours est de 3 mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurances-accidents, en application de l'art. 160 LAA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006). Interjeté dans les forme et délais utiles, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer dès la fin du mois de janvier 2006 le droit de la recourante à des prestations d'assurance.

5. Selon 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. 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).

6. 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).

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent être de manière crédible attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

7. 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

   Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme de type « coup du lapin » est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, pour un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa (RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a).

   Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont

toutefois reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux énumérés aux ATF 117 V 366 ss consid. 6a et 382 ss consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° 470 p. 532 consid. 4a, 1995 p. 115 ch. 6).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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.

   On rappellera que le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

   Enfin, s'agissant 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'espèce, se trouvent au dossier différents examens médicaux, des rapports du médecin de la SUVA et du médecin traitant, ainsi qu'une expertise du Dr F_____.

Le Dr F_____ a constaté que sur le plan neurologique, il n'existait pas de déficit moteur ou sensitif, central ou périphérique, de trouble de l'équilibration et de la coordination, et a considéré qu'en l'absence d'atteinte crânio-cérébrale, les troubles neuropsychologiques notés le 9 avril 2005 n'étaient pas imputable à l'accident. Le seul diagnostic qu'il a retenu était une entorse cervicale bénigne (sans lésion radiographique). Il a indiqué que l'état de santé ne justifiait pas la poursuite de l'incapacité temporaire totale au-delà de la date du 9 avril 2005, car les bilans "actuels" étaient en relation avec l'état antérieur de la recourante.

Quant à la Dresse H_____, elle a estimé qu'il était plausible, vu les antécédents de la recourante, d'admettre que ses algies s'étaient temporairement aggravées à la suite de cet événement bien que le choc n'avait pas été violent, et que les cervicalgies avaient nécessité dans un premier temps des soins médicaux. Mais elle a conclu que le status quo sine était rétabli, au niveau du rachis cervical, car aucune nouvelle pathologie n'avait pu être mise en évidence suite aux vastes examens cliniques et d'imageries entrepris. S'agissant d'un traumatisme cérébral mineur, elle a considéré qu'il n'y avait pas d'argument plaidant en faveur de ce traumatisme.

Contrairement à ces médecins, le Dr A_____ a posé comme diagnostics une "entorse cervicale - coup du lapin", et un trouble mental lié à une affection physique. Il a indiqué que même si la recourante n'a pas perdu connaissance lors de l'accident, le choc a provoqué une distorsion cervicale tout à fait nette ainsi que des difficultés neuropsychologiques qui n'étaient pas présentes avant l'accident. Il n'a pas évalué la recourante avant le 9 février 2006, mais il signale qu'elle s'était immédiatement plainte de troubles de la concentration importants. De plus, l'examen neuropsychologique, effectué quelque mois plus tard, a objectivé des difficultés compatibles avec un dysfonctionnement sous-cortical, même s'il est vrai qu'il existait des composantes anxieuses et émotionnels. En ce qui concerne la distorsion cervicale, ce médecin indique qu'elle s'est améliorée progressivement, et qu'elle a probablement disparu dans le courant d'avril ou mai 2005.

Il ressort clairement des différents rapports médicaux, et personne ne le conteste, que s'agissant de l'entorse cervicale, la causalité naturelle est remplie. En outre, tous les médecins admettent que le statu quo est rétabli sur ce point-là, au plus tard en décembre 2005.

10. Est donc seul litigieux le point de savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 15 janvier 2005 et les troubles neuropsychologiques.

Le Tribunal constate que déjà à "établissement hospitalier" la recourante s'était plainte de céphalées (cf. rapport du 31 juillet 2005 du Dr G_____). Quelques jours plus tard, son médecin traitant, le Dr A_____, a posé comme diagnostic, en plus d'une distorsion cervicale post traumatique, des troubles de la concentration.

En mars 2005, ces troubles de la concentration persistent. Le bilan neuropsychologique a relevé un dysfonctionnement sous-cortico-frontal. Le médecin de l'arrondissement de la SUVA a aussi constaté que la recourante se plaignait essentiellement du manque de concentration, des oublis et des maux de tête. Les IRM ne montrent quant à elles aucune anomalie.

Les rapports médicaux sont à cet égard contradictoires.

Il paraît possible d'après les éléments au dossier que de tels troubles soient apparus à la suite de l'accident du 15 janvier 2005. En revanche, il est difficile d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, applicable dans le domaine des assurances sociales, l'existence du rapport de causalité naturelle entre l'accident et une telle atteinte. Le rapport du Dr A_____ à lui seul ne permet en effet pas de remettre en cause l'expertise du Dr F_____, qui conclut que les troubles neuropsychologiques ne sont pas imputables à l'accident, ni l'appréciation de la Dresse H_____, selon laquelle un lien de causalité n'est que possible. De plus, Madame A1_____, neuropsychologue, a indiqué dans son rapport du 9 avril 2005, que les difficultés cognitives mises en évidence étaient très probablement exacerbées par les aspects émotionnels.

La question de savoir si le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles neuropsychologiques est rempli peut toutefois rester ouverte, car quoi qu'il en soit, le Tribunal considère que la causalité adéquate doit être niée. Il s'est agi en l'occurrence d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, le constat amiable ne mentionne pas de dégâts importants et la vitesse des véhicules n'est pas connue. L'accident n'était pas de nature impressionnante. Les lésions physiques n'étaient objectivement pas graves. Il n'y a pas eu de perte de connaissance et la recourante n'a pas été hospitalisée. Il n'y a pas eu non plus d'erreurs de traitement, ni même de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes.

Le retour au statu quo sine a été constaté en décembre 2005. Par conséquent, c'est à juste titre que la SUVA a supprimé dès la fin du mois de janvier 2006 le droit de la recourante à des prestations d'assurance.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

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 :
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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