RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3089/2005 **ATAS/881/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 10 octobre 2006

En la cause

Madame H_____, domiciliée à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAIER Florian	recourante
contre	
WINTERTHUR ASSURANCES, ayant son siège Général Guisan-Strasse 40 à WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SCHWEIZER Jean-Claude	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS , Juges

EN FAIT

1. Madame H_____, née le 1972 au Kosovo, a travaillé en qualité d'aide-soignante auprès des (ci-après "établissement hospitalier"). Elle était à ce titre assurée par la WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après l'assureur) contre les accidents professionnels, non professionnels et les maladies professionnelles.

2. Le 11 mars 2004, alors qu'elle installait une patiente pour l'asseoir, son dos s'est bloqué. Des lombalgies post-traumatiques ont été diagnostiquées au service des urgences des "établissement hospitalier". Le cas a d'abord été pris en charge du chef du contrat d'assurance complémentaire à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) conclu par l'employeur en faveur de ses employés en tant qu'effort. Il a ensuite, au vu des précisions fournies par l'assurée, été qualifié d'accident et assumé du chef de la LAA.

3. L'assurée a été victime d'un second accident, alors qu'elle était en arrêt complet de travail, le 19 septembre 2004, faisant une chute dans sa cuisine. Le diagnostic de contusion lombaire et hanche droite a été posé par le Dr A_____dans son rapport du 7 octobre 2004.

4. L'assureur a mandaté le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, afin de procéder à une expertise médicale de l'assurée. Du rapport établi le 3 décembre 2004 par ce médecin, il résulte que l'assurée souffre de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5, que les plaintes actuelles sont seulement possiblement en relation avec l'événement du 11 mars 2004, qu'aucune maladie ou accident antérieurs ou intercurrents jouent un rôle, qu'un statu quo ante doit être atteint six mois après un événement déclenchant, soit le 11 septembre 2004, ce même en considérant une évolution excessivement défavorable d'un épisode de lombosciatalgie, qu'on peut considérer que cette patiente a une capacité de travail de 50% à partir du 11 septembre 2004 et de 100% à partir du 11 novembre 2004. Le médecin a par ailleurs indiqué qu'il avait été particulièrement frappé par les doses de Tramal consommées par l'assurée. Sachant que ce médicament provoque très rapidement une dépendance et une accoutumance, il pense que celle-ci doit très rapidement suivre un sevrage médicamenteux. Il estime enfin qu'une évaluation psychiatrique ou psychosociale devrait être rapidement envisagée par le médecin traitant si l'on ne veut pas aggraver encore la situation.

5. Par décision du 26 janvier 2005, l'assureur, se fondant notamment sur les conclusions de l'expertise du Dr B_____, a mis fin au versement des prestations du chef de la LAA au 31 décembre 2004, au motif que les troubles existants au-delà de cette date n'étaient plus en relation de cause à effet avec les accidents des 11 mars et 19 septembre 2004.

6. L'assurée, représentée par Maître MILLET, a formé opposition le 25 février 2005. Elle a joint à son courrier un rapport du service de rhumatologie des "établissement hospitalier", ainsi que des certificats des Drs C_____, D_____et E_____.

   Les médecins du service de rhumatologie des "établissement hospitalier" ont attesté que l'assurée avait été hospitalisée du 22 mars au 30 avril 2004 en raison d'une lombosciatique L5 droite déficitaire sur le plan sensitif et d'une hernie discale L4-L5 avec conflit disco-radiculaire bilatéral. Au terme du bilan effectué, compte tenu d'une amélioration significative de la symptomatologie douloureuse et du refus d'une éventuelle sanction neurochirurgicale par la patiente actuellement, ils lui ont proposé un retour à domicile en poursuivant le traitement médicamenteux sans insister sur la reprise d'une physiothérapie active immédiate, à envisager éventuellement dans un deuxième temps. Il est en revanche prévu qu'elle prendra un rendez-vous pour un contrôle clinique où il s'agira d'évaluer ses symptômes douloureux et son degré d'autonomie. En effet, en fonction de l'évolution ils estiment qu'une consultation neurochirurgicale ambulatoire serait souhaitable afin d'évaluer l'indication à une intervention chirurgicale en présence d'une lombosciatique discrètement déficitaire avec un conflit démontré à la sacculographie.

   La Dresse C_____, rhumatologue FMH au Centre médical de Cressy, a confirmé que sa patiente souffrait de douleurs dues à d'importantes lombosciatalgies gauches invalidantes suite à l'accident survenu au travail le 11 mars 2004 (certificat du 4 février 2005).

   Le Dr F_____, de la Clinique de neurochirurgie des "établissement hospitalier", a indiqué le 22 février 2005, que l'examen clinique ainsi que les investigations radiographiques et électromyoneurographiques révélaient une discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1, mais pas de signe d'irritation radiculaire ni de déficit neurologique séquellaire. Il précise que mise sous un traitement d'épreuve au moyen d'un corset BOB, la patiente ne décrit aucun mieux, bien qu'il note quant à lui une nette amélioration de la posture et de la mobilité. Il ne retient aucune intervention neurochirurgicale à l'heure actuelle, mais recommande le port du corset.

   Le Dr E_____ s'est borné à déclarer que la patiente était venue à sa consultation ambulatoire d'antalgie interventionnelle des "établissement hospitalier" le 18 février 2005 (certificat du 24 février 2005).

7. Par décision du 6 juin 2005, l'assureur a partiellement admis l'opposition. Il a en effet conclu qu'un lien de causalité naturelle entre les événements et les troubles existe pendant une durée maximum de six mois après chaque accident, soit jusqu'au 19 mars 2005. Il a expliqué avoir soumis le dossier complet à son médecin-conseil

le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel a établi un rapport en date du 26 avril 2005. Celui-ci y confirme pour l'essentiel l'appréciation du Dr B_____, étant précisé que s'agissant du second accident le statu quo sine a été retrouvé six mois après celui-ci et non six mois après le premier accident.

L'assureur considère que le rapport d'expertise réalisé par le Dr B_____ est concluant en ce sens que l'on peut démontrer pratiquement avec certitude que des états préexistants dégénératifs tels qu'une dessiccation des disques intervertébraux entre L4 et S1 et des spondylarthroses L3-S1 sont aptes de leur propre chef lors d'un mouvement ou d'un effort légèrement hors du commun à entraîner une symptomatologie telle que celle que l'assurée continuait à présenter six mois après l'accident. Selon lui, du point de vue biomécanique, l'événement n'est absolument pas en mesure de provoquer une hernie discale. Il ajoute que le deuxième accident, soit la chute du 19 septembre 2004, est à même, indépendamment de l'état pathologique dégénératif préexistant, de provoquer des troubles pendant six mois ou plus, que toutefois dans le cas d'espèce, les troubles ont certainement été influencés négativement par l'état préexistant. Il fixe dès lors le statu quo sine à la mi-mars 2005 environ.

8. L'assurée, représentée par Maître Florian BAIER a interjeté recours le 5 septembre 2005. Elle a complété ses écritures le 23 septembre 2005. Elle considère que les expertises des Drs B_____ et G_____ présentent de graves lacunes puisqu'elles n'exposent ni les questions préalables à l'établissement des faits pertinents en droit, ni les évidences médicales ressortant du dossier. Elle conclut à ce que l'assureur soit condamné à lui verser des indemnités journalières au-delà du 19 mars 2005.

9. Invité à se déterminer, l'assureur, représenté par Maître Jean-Claude SCHWEIZER, a fait parvenir au Tribunal de céans ses écritures le 11 novembre 2005. L'assureur a confirmé, se fondant sur l'expertise détaillée du Dr B_____ et l'avis du Dr G_____, que selon le degré de vraisemblance prépondérante, il n'y avait plus de lien de causalité entre les deux accidents subis par l'assurée et ses plaintes actuelles. L'assureur rappelle par ailleurs la jurisprudence du TFA relative aux hernies discales, selon laquelle pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative.

10. Dans sa réplique du 19 décembre 2005, l'assurée insiste sur le fait qu'elle n'a jamais présenté aucun antécédent médical qui pourrait laisser croire que sa hernie discale avec conflit radiculaire bilatéral et l'incapacité de travail qui en résulte aient une autre cause que les accidents du 11 mars 2004 et 19 septembre 2004. Elle souligne du reste à cet égard que le Dr B_____ a répondu par la négative à la question de savoir si des maladies ou des accidents antérieurs ou intercurrents jouent un rôle dans son cas. Elle demande à ce que le Dr H_____, médecin chef de la policlinique de chirurgie, soit entendu, afin qu'il détermine s'il est

envisageable qu'il se soit trompé en affirmant que "la nature de la lésion" était une hernie discale et s'il est imaginable qu'une cause autre que l'accident soit actuellement à l'origine de l'incapacité de travail de l'intéressée. Elle relève que tous les médecins consultés ont à l'unanimité indiqué qu'il existait un lien de causalité entre les accidents et l'incapacité de travail, à l'exception du médecin-conseil de l'assurance, selon lequel les plaintes actuelles de l'assurée n'étaient que "possiblement en relation" avec l'accident du 11 mars 2004. Elle indique enfin que le fardeau de la preuve du lien de causalité incombe à l'assureur dès le moment où l'atteinte a été admise et prise en charge par celui-ci (ATF du 21 juillet 2005 dans la cause U 216/04).

11. Dans sa duplique du 24 février 2006, l'assureur considère que l'assurée fait une interprétation erronée des divers avis médicaux déposés au cours de la procédure. Il ne fait plus aujourd'hui aucun doute selon lui que les accidents ne sont plus depuis le 15 mars 2005 en relation de causalité naturelle ou adéquate avec les atteintes à la santé dont elle se plaint. Il considère dès lors que l'audition du Dr H_____ est superflue, puisque le diagnostic posé par ce médecin n'est pas contesté. Il conclut au rejet du recours.

12. La duplique a été transmise à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Etant donné que la décision sur opposition date du 6 juin 2005 et que la recourante l'a reçue le lendemain, le recours déposé le 5 septembre 2005 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée au versement d'indemnités journalières au-delà du 19 mars 2005.

5. Aux termes de l'art. 16 LAA, "l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

   Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède".

   L'art. 6 LPGA précise qu'est réputé incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

   Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, à la suite d'une atteinte à sa santé physique et/ou psychique due à un accident, elle ne peut plus exercer son activité lucrative habituelle ou ne peut l'exercer de manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état de santé. Le degré d'incapacité de travail s'apprécie ainsi au regard de la diminution de la productivité de l'assuré dans sa profession actuelle, tant que l'on peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur d'activité sa capacité fonctionnelle résiduelle. La tâche du médecin consiste ainsi à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler ; en outre, les données médicales constituent un élément important pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V p. 134, consid. 2 ; ATF 114 V p. 314 consid. 3c; ATF 105 V p. 158, consid. 1).

6. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les

rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références).

b) 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. 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, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb, ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2 et les références citées).

d) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de

l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

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

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

c) En outre, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

8. En l'espèce, l'assureur a, par décision du 6 juin 2005, partiellement admis l'opposition formée par l'assurée, concluant à l'existence d'un lien de causalité naturelle d'une durée maximum de six mois après chaque accident, soit jusqu'au 19 mars 2005. Il s'est ce faisant fondé sur les conclusions apportées par le Dr G_____ le 26 avril 2005, et écarté celles du Dr B_____. Dans ses réponses aux questions posées par l'assureur, celui-ci avait en effet considéré qu'un statu quo ante devait être atteint six mois après l'événement déclenchant, soit six mois après l'accident du 11 mars 2004. Il ne faisait pas mention du second accident survenu le 19 septembre 2004. Il en avait pourtant eu connaissance puisqu'à la page 4 de l'expertise, dans le chapitre consacré à l'anamnèse traumatique, il relevait que "la patiente a glissé à la cuisine sur un sol mouillé et s'est réceptionnée sur le côté droit, amenant une péjoration de la situation qui n'était déjà pas très bonne. Un bilan radiologique effectué ne démontrera pas de lésion supplémentaire. Un traitement antalgique est continué".

   On ne sait pas si, dans ses conclusions, le Dr B_____ a "oublié" l'accident du 19 septembre 2004, ou si, comme le soutient l'assureur, il a d'emblée considéré que ce second accident n'était pas déterminant s'agissant d'établir le lien de causalité. Sa surprise quant à l'évolution de l'état de santé de l'assurée "à huit mois de l'événement traumatique" laisse plutôt penser qu'il a en réalité ignoré le deuxième accident. Son rapport ne remplit en conséquence pas les réquisits jurisprudentiels les plus élémentaires relatifs à la valeur probante d'une expertise.

   Il n'en sera ainsi pas tenu compte.

   En revanche, le rapport du Dr G_____ répond à toutes les exigences; il est complet et ses conclusions sont dûment motivées. Il est vrai que pour l'essentiel il a confirmé l'appréciation du Dr B_____.

9. L'assurée allègue que les lombosciatalgies dont elle souffre sont la conséquence directe des accidents dont elle a été victime. Elle fait valoir à cet égard qu'elle n'a jamais présenté aucun antécédent médical qui pourrait laisser croire que sa hernie discale et l'incapacité de travail qui en résulte ait une autre cause que les accidents. On ne peut adhérer à ce point de vue puisque le fait d'alléguer l'existence d'un lien de causalité en vertu du principe "post hoc ergo propter hoc", n'a pas de valeur probante comme le TFA l'a précisé (ATF 119 V 341, RAMA 1999 N° U p. 408). Selon la jurisprudence, c'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337, 118 V 289).

L'assurée relève que les médecins, à l'exception des Dr B_____ et G_____, ont indiqué qu'un lien de causalité existait. Force est toutefois de constater qu'en réalité seule la Dresse C_____, dans son rapport du 4 février 2005, atteste d'un tel lien, sans toutefois motiver son appréciation. Le 7 octobre 2004, elle a par ailleurs indiqué que l'assurée avait souffert de contusions lombaires et de la hanche droite lors du deuxième accident. Or selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (arrêt A du 6 juin 2001 U 401/00, F du 29 décembre 2000 U 199/00). Le Dr G_____ a clairement expliqué pour quelles raisons il considérait que le lien de causalité naturelle était rompu six mois après le deuxième accident.

Le Dr F_____, quant à lui, fait état d'une discopathie dégénérative L4-5 et L5-S1 (cf. rapport du 22 février 2005).

Lors de son hospitalisation du 22 mars au 30 avril 2004, les médecins des "établissement hospitalier" ont relevé l'existence d'une hernie discale L4-L5 avec conflit radiculaire bilatéral. Il y a lieu de rappeler à cet égard que la littérature médicale démontre que pratiquement toutes les hernies discales sont dues à des lésions dégénératives des disques intervertébraux; elles ne sont déclenchées qu'exceptionnellement et sous certaines circonstances seulement par un accident (ATFA du 7 février 2000 U 149/99). Les précisions apportées par la doctrine médicale et la jurisprudence exposent qu'on peut considérer dans une large mesure qu'une hernie discale découle d'un accident lorsque celui-ci est particulièrement grave et propre à entraîner une lésion des disques (ATFA S du 26 août 1996 U 159/95). En conséquence la chute de l'assurée n'apparaît manifestement pas d'une importance telle qu'elle ait pu entraîner ce type de lésion puisqu'il est reconnu qu'un traumatisme agissant essentiellement ou avant tout en direction axiale, par exemple sous forme d'une chute de sa propre hauteur, n'est pas considéré comme "adéquat" (arrêt M du 7 juillet 2004 U 179/03).

10. Au vu de ce qui précède, l'audition du médecin qui a examiné l'assurée à la suite de son premier accident, le Dr H_____, requise par l'assurée afin de déterminer s'il est envisageable qu'il se soit trompé en affirmant que "la nature de la lésion" était une hernie discale et s'il est imaginable qu'une cause autre que l'accident soit actuellement à l'origine de son incapacité de travail, est superflue, le lien de causalité naturelle n'étant pas contesté au moment de l'accident.

11. Force est de conclure que le lien de causalité naturelle a été rompu six mois après le deuxième accident soit dès le 19 mars 2005. Aussi le recours doit-il être rejeté, sans qu'il soit utile d'examiner la question de la causalité adéquate.

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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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