REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/354/2006** **ATAS/1090/2006**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 3

## du 30 novembre 2006

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame C_____, domiciliée , GRAND-LANCY, comparant<br>avec élection de domicile en l'étude de Maître Martin AHLSTRÖM | recourante |

contre

| | |
|---|---|
| HOTELA, sise rue de la Gare 18, case postale 1251, MONTREUX | intimée |

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Valérie MONTANI et Doris WANGELER, Juges**

## EN FAIT

1. Madame C_____, née le 1953, de nationalité française, a été engagée le 7 juillet 2003 par l'établissement médico-social (EMS) "établissement hospitalier"SA à Blonay, en qualité d'aide-soignante. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse HOTELA (ci-après l'assureur).

2. Le 17 juillet 2003, l'assurée s'est établie au Grand-Lany.

3. Le 28 août 2004, elle a été victime d'un accident sur son lieu de travail : selon ses explications, alors qu'elle s'asseyait sur un tabouret placé à proximité d'une table de conférence, ce dernier s'est dérobé sous elle. L'assurée a tenté de se retenir à la table mais sa main a glissé, de sorte qu'elle est tombée en arrière et a percuté le bord d'un lavabo avec le bras et le haut du dos. Dans les minutes suivantes, elle a ressenti une vive douleur de la main et du coude gauches, puis, après un quart d'heure, des douleurs cervicales à gauche et au niveau de l'épaule gauche. Les douleurs se sont ensuite amplifiées dans l'heure qui a suivi, à tel point que l'assurée peinait à s'allonger et ne parvenait plus à lever son bras gauche.

4. Le jour même, elle a consulté un ostéopathe à Blonay.

5. Le 30 août 2004, elle a consulté le Dr A_____, à Vallery. Elle souffrait à ce stade de douleurs cervicales gauche avec brachialgies et irradiation dans les doigts 4 et 5 à gauche. Le médecin a diagnostiqué une entorse cervicale avec névralgies cervico-brachiales gauche. Il a prescrit un traitement antalgique, le port d'une minerve et des séances de physiothérapie.

6. Le 2 septembre 2004, l'employeur de l'assurée a établi une déclaration d'accident. Ce dernier y est décrit en ces termes : "Madame C_____ s'est assise à côté du tabouret et a chuté en arrière contre un lavabo".

7. Les douleurs persistant, une IRM a été pratiquée le 18 octobre 2004 qui a conclu à l'absence d'anomalie osseuse mais a révélé une petite hernie discale paramédiane gauche en C4-C5.

8. Le Dr B_____, neurochirurgien, dans un rapport daté du 16 novembre 2004, a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation au mois d'août 2004. Elle lui avait alors indiqué avoir fait une chute assez sévère et avoir présenté immédiatement une douleur cervico-brachiale gauche irradiant dans les deux derniers doigts, de type C8, avec un bilan radiologique initial normal, une exploration fonctionnelle de l'épaule normale, des douleurs insomniantes et ne cédant pas aux différents traitements. Le médecin a indiqué que l'IRM n'était absolument pas inquiétante dans la mesure où l'on retrouvait une petite discopathie C5-C6 qu'il a qualifiée de

bénigne et aucune contrainte radiculiare ou neuro-méningée significative. Il n'y avait selon lui aucune indication chirurgicale à proposer. Le médecin a préconisé de porter un collier cervical rigide de façon intermittente dans la journée pour essayer d'améliorer les choses. Il a proposé de faire faire un électromiogramme pour objectiver le point de savoir s'il s'agissait d'une douleur neurologique ou non. Dans l'hypothèse où cet examen se révélerait normal, il recommandait tout simplement de s'abstenir de tout traitement car l'évolution se faisait souvent vers une amélioration. En revanche, si cet examen montrait une souffrance radiculaire séquellaire, le médecin a suggéré de mettre la patiente sous médication (Neurontin), à doses progressivement croissantes, pendant quelques semaines. Le médecin a encore indiqué qu'il trouvait une épaule bloquée sur le plan clinique avec une petite péri-arthrite scapulo-humérale sans atteinte radiologique.

9. Le 27 novembre 2004, l'employeur de l'assurée lui a signifié son congé pour le 31 janvier 2005.

10. Le 1er décembre 2004, l'assurée a eu un entretien personnel avec la gestionnaire de son dossier chez l'assureur. Elle a précisé que lorsqu'elle avait chuté en arrière, elle avait voulu éviter le lavabo qui se trouvait derrière elle, s'était rattrapée à la table en face et, de ce fait, avait donné toutes sa force dans le dos et les jambes. Elle a ajouté que selon le neurologue qui l'avait examinée, la hernie provenait de cette chute. Elle a encore allégué avoir deux doigts paralysés et le rachis déplacé. En outre, elle a informé l'assureur que son employé lui avait signifié son congé.

11. Dans un bref avis rédigé le 9 décembre 2004, le Dr. C_____, médecin conseil de l'assureur, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que l'action vulnérante décrite était inappropriée pour faire ou déclencher une hernie discale, que la causalité était possible et que le statu quo sine avait été atteint au plus tard au moment de l'IRM.

12. Le 15 février 2005, l'assurée a retrouvé un nouvel emploi à 30% auprès du LIEN DES GARDES-MALADES, entité genevoise active dans les soins à domicile.

13. Par décision du 18 mars 2005, l'assureur a mis un terme aux prestations avec effet au 18 octobre 2004 - date à laquelle a été pratiquée l'IRM.

14. Le 15 avril 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a ajouté, par courrier du 25 avril 2005, qu'elle demandait la restitution de l'effet suspensif. Cette demande a été rejetée par décision incidente du 17 juin 2005 entrée en force.

15. Dans un rapport établi le 16 avril 2005 à l'intention du médecin-conseil de l'assureur, la Dresse D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué avoir examiné l'assurée le 13 avril 2005. Son examen clinique a montré des douleurs à la palpation paravertébrale C2-C6 à gauche, à la palpation de l'insertion de l'angulaire de l'omoplate gauche, avec une tension du trapèze et sterno-

cléidomastoïdien marquée. Une importante limitation de la mobilité cervicale a été constatée. Le médecin a posé le diagnostic suivant : syndrome cervico-brachial sans signes neurologiques déficitaires; status après traumatisme avec mécanisme d'accélération crânio-cervical vraisemblablement dans l'axe antéro-postérieur. S'agissant de la capacité de travail, il a été indiqué : "la patiente souhaite pouvoir continuer à travailler comme aide infirmière et actuellement, il n'y a pas d'argument pour dire que cette patiente devrait être réorientée. Après un traitement "intensif" de 3-4 semaines, un nouveau bilan est souhaitable avec nouvelle évaluation de la capacité de travail; dans l'attente de cette prise en charge suivie et pendant le traitement, une capacité de travail de 50% devrait être maintenue".

16. Par décision sur opposition du 1er novembre 2005, l'assureur a confirmé sa décision du 18 mars 2005 et retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours. Il s'est référé à l'IRM pratiquée le 18 octobre 2004 et a constaté que celle-ci avait démontré que l'assurée souffrait principalement d'une hernie discale. Il a par ailleurs invoqué le rapport du Dr B_____ et l'avis de son médecin-conseil selon lequel l'action vulnérante décrite était inappropriée pour faire ou déclencher une hernie discale. Selon lui, la causalité n'était que possible et le statu quo sine avait été atteint au plus tard à l'IRM. S'agissant de la hernie discale, l'assureur a rappelé que, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies s'inséraient dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement et pour autant que certaines conditions particulières soient remplies. En l'occurrence, l'assureur a estimé que les circonstances de l'accident n'étaient pas susceptibles de provoquer une hernie discale car l'assurée avait fait une chute banale de sa propre hauteur, événement qui se distingue nettement de ceux propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale (chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 m de hauteur, télescopage à grande vitesse). De surcroît, l'assureur a fait remarquer que presque toutes les hernies discales de la colonne cervicale d'origine traumatique s'accompagnaient de lésions osseuses telles qu'une luxation des articulations ou une fracture de la colonne, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. En conséquence, il a admis que l'accident n'avait pas provoqué la hernie discale mais que, compte tenu de l'état dégénératif antérieur, il en avait probablement favorisé l'apparition. Or, selon la jurisprudence, si la hernie discale est seulement déclenchée mais non provoquée par l'accident, l'assurance-accidents ne prend en charge le symptôme douloureux lié à l'événement accidentel que jusqu'au rétablissement du statu quo sine ou quo ante.

17. Le 8 décembre 2005, le Dr D. E_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a informé l'assureur que l'incapacité de travail, après avoir été totale du 28 août 2004 au 28 février 2005, était de 50% depuis le 1er mars 2005. Il a conclu à des cervicobrachialgies gauches chronicisées avec limitation fonctionnelle de l'épaule gauche et de la mobilité du rachis cervical et tensions musculaires.

18. Le 17 janvier 2006, le Dr D. E_____ a indiqué, dans un courrier adressé au conseil de l'assurée, que l'évolution restait peu favorable, avec persistance de cervicalgies et brachialgies gauches, avec toutefois une atténuation des dysesthésies des 4 et 5èmes doigts gauches. Il a expliqué que l'assurée l'avait consulté en date du 7 novembre 2005, qu'à l'examen clinique, il a retenu une attitude spontanée en inclinaison droite, une forte réduction de la mobilité antéro-postérieure avec une distance menton-sternum de 11 cm en extension et de 5 cm en flexion, une rotation gauche très réduite, ainsi que les inclinaisons latérales, des cellulalgies diffuses de tout le rachis cervico-dorsal, des contractures et douleurs à la palpation des trapèzes, de l'omoplate et des sus-épineux et une diminution globale d'amplitude de l'épaule gauche. Il a posé le diagnostic de séquelles douloureuses chronicisées après entorse cervicale traumatique avec développement d'une capsulite rétractile "dans un contexte de conflit d'assurance qui pourrait peut-être contribuer à entretenir un comportement algique". Selon lui, la minime hernie discale n'est pas un élément causal des cervicalgies et brachialgies mais il a relevé que des évolutions chroniques jusqu'à deux ans pouvaient se voir dans les suites d'un traumatisme cervical avec mécanisme de whiplash, qu'il a estimé pouvoir retenir comme étant à l'origine des cervicalgies dans le cas présent.

19. Par courrier du 2 février 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a conclu à ce que l'assureur soit condamné à prendre en charge les frais de son traitement ambulatoire au-delà du 18 octobre 2004 et qu'il lui verse également des indemnités journalières au-delà de cette date. Subsidiairement, elle a conclu à ce que soit mise en place une expertise supplémentaire afin de déterminer s'il existait un lien de causalité naturelle entre les troubles dont elle souffrait et l'accident du 28 août 2004. L'assurée a fait valoir que c'était par erreur et de "façon purement vexatoire" que son employeur avait indiqué sur la déclaration d'accident qu'elle s'était assise à côté du tabouret. Elle soutient que ce dernier s'est dérobé sous elle en raison d'une défectuosité. Enfin, elle souligne que l'examen radiographique effectué le 7 septembre 2004 a mis en évidence une raideur cervicale, une angulation minime dans l'alignement postérieur C4-C5 et de discrets signes de discopathie C5-C6. L'assurée allègue que le médecin consultant s'est limité à conclure que l'action vulnérable décrite était inappropriée pour faire ou déclencher une hernie discale sans se prononcer sur l'entorse cervicale et ses conséquences. La recourante allègue continuer à souffrir de douleurs constantes de la colonne cervicale se propageant jusqu'au premier tiers de la colonne dorsale et irradiant selon un trajet toujours identique le long du bras gauche sur la partie externe jusqu'aux doigts 3 et 5 et remontant vers la région interne du coude. La conduite et la marche sont douloureuses et elle ne peut faire son ménage. Elle a également dû renoncer à l'équitation et au vélo.

    Selon la recourante, ces douleurs et son incapacité de travail ne sont pas le fait de la hernie discale mais puisent leur origine dans un traumatisme cervical avec mécanisme de whiplash. A cet égard, elle rappelle que le Dr A_____ a

diagnostiqué une entorse cervicale avec névralgies cervico-brachiales gauches le 30 août 2004, qu'un examen radiographique, le 7 septembre 2004, a mis en évidence une raideur cervicale, que la Drsse D_____ a diagnostiqué un syndrome cervico-brachial après mécanisme d'accélération crânio-cervical - soit un mécanisme de whiplash - et que la Drsse E_____ a également conclu à un tel traumatisme cervical. La recourante fait remarquer que, bien que la hernie discale ait disparu, les cervicalgies et brachialgies ont persisté.

Elle fait valoir que juste après sa chute, elle s'est plainte de fortes douleurs à la nuque, dans le dos et le bras, que les douleurs mentionnées persistent à ce jour, et ce, malgré la disparition de la hernie discale, et que, dans ces circonstances, il faut conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident. Quant à la causalité adéquate, elle estime qu'elle est également donnée puisque la chute qu'elle a effectuée est propre en soi à produire les troubles dont elle se plaint. Enfin, les rapports médicaux ne permettent pas de trouver d'autre cause susceptible d'avoir interrompu le rapport de causalité naturelle.

20. Invité à se prononcer, l'assureur, dans sa réponse du 6 mars 2006, conclut au rejet du recours. Il admet que l'assurée a été victime d'un accident mais estime que les circonstances de ce dernier - qui a consisté en une chute banale d'une petite hauteur - ne sont pas susceptibles de provoquer une hernie discale. L'intimé conteste le fait que la recourante ait pu être victime d'un traumatisme du type "coup du lapin" car en l'espèce, le déroulement de l'accident, que ce soit selon la version de l'employeur ou celle de la recourante, ne permet pas d'admettre que cette dernière a été victime d'un mécanisme d'accélération-décélération. Il fait remarquer que l'assurée n'a d'ailleurs à aucun moment présenté le tableau typique des plaintes associées à un tel traumatisme (soit : 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.). Au vu des documents médicaux, l'intimé conclut qu'il n'y a pas d'atteinte objectivable des cervicales due à l'accident et qu'en conséquence, il n'existe pas de lien de causalité naturelle entre les plaintes actuelles de la recourante et l'accident.

21. Dans sa réplique du 6 avril 2006, la recourante a maintenu son argumentation. Elle allègue que le choc a été particulièrement violent et a provoqué des douleurs conséquentes, que contrairement à ce qu'affirme l'intimé ce type de chute en arrière sans impact de la tête est apte à engendrer un problème bio-mécanique de flexion-extension du rachis cervical. Elle fait valoir que le fait que ces atteintes se produisent le plus souvent lors d'accidents de la route ne permet pas d'exclure leur survenance dans d'autres circonstances et allègue que son hypothèse est d'ailleurs corroborée par le fait que le Dr A_____ a diagnostiqué une entorse cervicale, que l'examen radiographique a mis en évidence une raideur cervicale, et par les avis des Dresses D_____ et E_____. Elle rappelle que, quelques minutes après l'accident, elle a noté une vive douleur de la main et du coude puis des douleurs

cervicales gauches qui se sont amplifiées dans l'heure qui a suivi. Elle également été atteinte de céphalées chroniques et de troubles de la concentration. La plupart du temps, elle était contrainte de rester alitée en raison d'une fatigue persistante et de vertiges. Son incapacité de travail a été totale jusqu'au 14 février 2005. Enfin, elle allègue que les radiographies et scanners effectués après l'accident n'ont pas permis de mettre en évidence des lésions traumatiques ou des maladies qui auraient pu être la cause de ses douleurs, dont elle rappelle qu'elles ont persisté malgré la disparition de la hernie discale. Elle en conclut que ses troubles ne peuvent s'expliquer que par l'accident.

22. Par courrier du 26 avril 2006, l'assureur a maintenu sa position.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 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 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). La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement s'est produit en mai 2004, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 1er novembre 2005 à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne

la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

4. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par l'assurée peuvent donner droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 18 octobre 2004.

5. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b; 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

6. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

   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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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

338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Selon la jurisprudence, un traumatisme de type "coup du lapin" doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (arrêt E. du 12 août 1999, RAMA 2000 n° U 359 p. 29 consid. 5e-g). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur le cas d'un assuré qui, victime d'une chute à ski ayant entraîné un traumatisme du thorax et de la colonne vertébrale, ne s'est plaint de douleurs à la nuque que deux semaines après l'accident. Se référant à d'autres arrêts rendus antérieurement (notamment les ATFA non publiés du 7 décembre 1992, U 88/90, et du 20 octobre 1993, U 87/92), notre haute Cour s'est appuyée sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de 72 heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturel avec ce dernier (ATFA non publié du 19 mai 2000, U 328/99, consid 2b).

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (ATF 119 V 335, 117 V 359), de traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67) ou de traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la vue, de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être 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 ss consid. 2, 117 V 360 ss consid. 4b).

8. Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de

ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références; 115 V 405 consid. 4a).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté qu'il y a eu accident. Il convient en revanche d'examiner si le lien de causalité naturelle entre ce dernier et les douleurs de l'assuré peut être nié comme l'a fait l'intimé.

10. Il est vrai que le médecin-conseil de l'intimé ne s'est pas exprimé dans son avis du 9 décembre 2004, sur la relation de causalité entre les douleurs cervicales et humérales de l'assurée - les seules dont elle se plaigne encore - et l'accident. Il s'est contenté d'examiner le lien de causalité avec la hernie, dont l'assurée ne conteste pas qu'elle est guérie et que le statu quo ante a été atteint sur ce point.

    Or, il ressort des déclarations de l'assurée - qui n'ont pas varié depuis le début - qu'elle a ressenti des douleurs cervicales dans les moments qui ont suivi l'accident. Le Dr A_____, consulté deux jours après, en faisait déjà état, tout comme il a mentionné une entorse cervicale. Il a d'ailleurs prescrit le port d'une minerve.

    Le Tribunal de céans est par conséquent d'avis que c'est à tort que le lien de causalité naturelle a été nié entre l'accident et les douleurs cervicales dont se plaint la recourante, lesquelles sont apparues dans le laps de temps préconisé par la jurisprudence pour admettre un traumatisme de type "coup du lapin", dont deux médecins au moins ont jugé en l'espèce qu'il était probablement à l'origine de l'atteinte.

11. Reste à examiner la question de la causalité adéquate. Sur ce point, le tribunal de céans se référera à l'avis du Dr E_____, dont il ressort qu'en règle générale, dans un cas de traumatisme cervical tel que celui subi par la recourante, des évolutions chroniques peuvent se présenter jusqu'à deux ans. Il y a donc lieu de retenir que ce n'est qu'au-delà de cette période que le lien de causalité adéquate entre les douleurs et l'accident doit être nié. En l'occurrence, la recourante devra donc se voir reconnaître un droit aux prestations durant les deux années suivant son accident, c'est-à-dire jusqu'à la fin du mois d'août 2006.

12. En ce sens, le recours est partiellement admis.

**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. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Dit que Madame C_____ a droit à des prestations jusqu'au 28 août 2006.

4. Renvoie la cause à HOTELA pour calcul desdites prestations.

5. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de Fr.1'500,-- à titre de dépens.

6. 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 :

Janine BOFFI | Karine STECK

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