

# **GE\_GERICHTE ATAS/147/2008 vom 6. Februar 2008**

GE Cour de justice, 2008-02-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_147\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_147_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/147/2008 du 6 février 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/147/2008 del 6 febbraio 2008

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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.

### **E. 2**

a) Aux termes de l'art. 58 al. 1 LPGA, le Tribunal des assurances compétent *ratione loci* est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). b) La recourante est en l'espèce domiciliée dans la Principauté du Lichtenstein et, selon les pièces produites, n'a jamais eu de domicile en Suisse. Le for compétent est donc celui du siège de son dernier employeur suisse, à savoir son employeur actuel, la société X\_\_\_\_\_ (Suisse) SA sise à Meyrin, dans le canton de Genève.

A/3766/2007 - 9/17 -

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, par devant le Tribunal des assurances sociales compétent, le recours formé le 5 octobre 2007 contre la décision sur opposition du 29 août 2007, réceptionnée par la recourante le 6 septembre 2007, est recevable (art. 56 et ss LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 octobre 2005, singulièrement sur le caractère naturel et adéquat du lien de causalité entre les atteintes que celle-ci a présentées au-delà de cette date et l'événement accidentel du 25 mars 2002.

### **E. 5**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non-professionnel et de maladie professionnelle.

### **E. 6**

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est

A/3766/2007 - 10/17 - aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3). Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 ; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

## **E. 7**

a) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent 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 réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 et la jurisprudence citée). Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 et les références). Il y a lieu d'ajouter que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 ; RAMA 2000 N° U 363 p. 46, consid. 3a et la référence citée). b) 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) en se fondant sur le critère de la A/3766/2007 - 11/17 - vraisemblance prépondérante. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 ss., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, 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 têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337 ss., 117 V 359 consid. 4b p. 360 ss.).

## **E. 8**

a) En l'espèce, il convient d'observer que l'assureur a dans un premier temps pris en charge les traitements médicaux des troubles à la colonne cervicale et à la ceinture scapulaire, ayant ainsi implicitement reconnu un lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 mars 2002 et ces troubles. Il convient donc de déterminer si, trois ans et demi plus tard, le lien de causalité est toujours présent. b) Il ressort des pièces au dossier, que l'assurée n'a consulté un médecin que le lendemain de l'accident pour des douleurs à la colonne cervicale et à la ceinture scapulaire, la police n'étant pas intervenue en raison de l'absence de blessés. Le Dr L\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de distorsion de la colonne cervicale avec participation de la ceinture scapulaire. Un arrêt de travail d'une semaine a été ordonné et des traitements conservateurs ont été prescrits. Au mois de juillet 2002, l'assurée a consulté son médecin

traitant, la Dresse M\_\_\_\_\_ en relation avec des douleurs à la partie gauche de l'épaule présentes depuis l'accident. Le médecin traitant a relevé à cette occasion que les radiographies n'étaient pas frappantes (« unauffällig » ; rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2002) et il a prescrit des traitements conservateurs (physiothérapie, antidouleurs et quatre jours de repos). Le médecin traitant a par la suite continué à prescrire des traitements conservateurs en relation avec les douleurs à l'épaule et à la colonne cervicale (physiothérapie et antidouleurs pour l'essentiel). En mai 2004, soit deux ans après l'accident, des examens radiologiques ont mis en évidence des troubles dégénératifs de la colonne cervicale (chondrose C5/C6 et petite hernie discale C6/C7), l'existence de troubles de nature dégénérative étant confirmée par un examen radiologique de juillet 2005. Il ressort encore du dossier qu'en 2000 et en 2001, soit avant l'accident, la recourante avait été traitée pour des contractions à la nuque et à la ceinture scapulaire ainsi que pour des cervico-brachialgies.

A/3766/2007 - 12/17 -

## **E. 9**

a) Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, notamment des douleurs préexistantes, de l'aptitude de la recourante à se mouvoir seule et à rentrer chez elle après l'accident, d'une incapacité de travail d'une durée d'une seule semaine, ainsi que de l'état radiologique qualifié de non frappant quelques mois après l'accident, on doit admettre avec la Dresse S\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur, que l'accident n'a pas provoqué les troubles dégénératifs à la colonne cervicale mais qu'il a pu en revanche exacerber la symptomatologie douloureuse, de manière transitoire. Le statu quo sine vel ante était ainsi atteint trois ans et demi plus tard, en octobre 2005, comme le soutient la Dresse S\_\_\_\_\_ de manière convaincante, en s'appuyant sur le déroulement des événements, les traitements prodigués et l'ensemble du dossier médical, étant rappelé notamment que le premier médecin traitant a diagnostiqué une simple distorsion de la colonne cervicale et que la recourante avait déjà été traitée pour des cervicalgies avant l'accident.

b) Cette solution apparaît d'autant plus fondée que, selon la jurisprudence, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état (ATF non publié du 23 août 2007, U 402/05, consid. 5.2). Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (voir par exemple l'ATF non publié du 17 juin 2002, U 252/01). Le simple espoir d'une amélioration à plus ou moins long terme ne suffit pas pour fonder le droit à la poursuite d'un traitement déterminé (ATF non publiés du 16 août 2007, U 104/06, et 6 mars 2007, U 254/06, consid. 6.3, ainsi qu'ATFA U 158/05, du 8 août 2005 ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1984, p. 274). Il en va de même de la persistance de douleurs si l'on ne peut attendre du traitement une amélioration sensible (GHELEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 72, avec un renvoi à la jurisprudence). Or, le Tribunal de céans constate que les traitements conservateurs semblent avoir été épuisés. En effet, en dépit de massages, physiothérapie, etc., ainsi que de l'administration de médicaments antidouleurs, les cervicalgies, déjà présentes avant l'accident, n'ont pas subi d'amélioration notable et qu'il n'y avait plus aucune raison médicale objective de penser, en 2005, que la poursuite de ces traitements était propre à entraîner une amélioration de l'état de santé de l'assurée. c) Dans ces conditions, l'avis du Dr T\_\_\_\_\_ n'apparaît pas déterminant. Ce médecin affirme en effet que dans le cas de l'assurée, on ne peut pas exclure que l'accident du 25 mars 2002 ait

participé aux troubles dégénératifs. Même si les troubles dégénératifs étaient préexistants, il était possible que l'accident ait provoqué des dommages supplémentaires. Il n'était toutefois pas possible d'infirmier ou de confirmer cette conclusion, raison pour laquelle il convenait d'attacher plus de poids à l'anamnèse de la douleur, la qualité et la quantité de la douleur étant plus importante après l'accident. Dès lors, il était hautement vraisemblable que la grande majorité des symptômes trouvât son origine dans les suites de l'accident du 25 mars 2002, étant précisé qu'il était possible que les

A/3766/2007 - 13/17 - troubles dégénératifs soit la conséquence unique de l'accident et probable que l'accident les ait accélérés. Or, il n'est pas contesté que l'accident ait aggravé la symptomatologie douloureuse et qu'il ait pu déclencher transitoirement les troubles dégénératifs, ce que semble affirmer en définitive le Dr T\_\_\_\_\_. Il apparaît toutefois de l'ensemble des éléments au dossier que le lien de causalité s'est dissolu au plus tard au 31 octobre 2005, ce que le Dr T\_\_\_\_\_ n'infirmier en réalité pas. d) Il n'y a donc pas de motif de s'écarter des conclusions de la Dresse S\_\_\_\_\_. Le médecin-conseil a en effet établi son rapport au terme d'une analyse exhaustive du dossier, en se penchant sur les radiographies et les appréciations médicales y figurant et en se référant à la littérature médicale. Le grief tiré du fait qu'elle n'a pas examiné personnellement la recourante doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

#### **E. 10**

En ce qui concerne, le discret syndrome du tunnel carpien droit, diagnostiqué en 2005, aucune pièce au dossier ne permet de le mettre en relation avec l'accident, la Dresse M\_\_\_\_\_ n'ayant jamais signalé de troubles aux mains dans ses nombreux rapports LAA et le Dr P\_\_\_\_\_, neurologue, ayant indiqué qu'il n'était pas possible de mettre en relation avec l'accident les paresthésies à la main droite et la sensation de perte de force rapportées par l'assurée.

#### **E. 11**

a) En tant que la recourante s'est aussi plainte de divers troubles de la vision et de la conscience (rapport du 24 mai 2004 du Dr P\_\_\_\_\_) et de maux de tête (rapport LAA de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2004), il convient d'examiner si l'on est en présence d'une lésion au rachis cervical par accident de type coup du lapin pour laquelle l'assureur-accidents serait tenu d'intervenir. L'intimée conteste l'existence d'un traumatisme de ce type au motif qu'en dehors des cervicalgies, l'assurée n'a pas présenté le tableau clinique typique. b) Selon la jurisprudence récente relative aux lésions de type « coup du lapin », s'il est exigé que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans la période de 72 heures suivant l'accident pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être admis, il n'est pas nécessaire, en revanche, que les autres troubles caractéristiques du tableau clinique (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité) apparaissent dans ce laps de temps (ATF non publié du 30 janvier 2007, U 215/05, SVR 2007 UV n° 23 p. 75; cf. ATF non publié du 30 novembre 2007, U 580/06, consid. 4.1). c) En l'espèce, il est constant que la recourante a fait état de douleurs à la nuque et aux épaules le lendemain de l'accident. Ce n'est en revanche qu'en 2004, soit deux ans après l'accident, que des maux de tête et des troubles de la conscience et

de la

A/3766/2007 - 14/17 - vision sont rapportés. Le Dr P\_\_\_\_\_ déclare à cet égard que ces derniers symptômes ont fait leur apparition environ quatre ans plus tôt (« Die [...] Patientin berichtet über seit vier Jahren vielleicht im Durchschnitt 2 x pro Jahr auftretende, unklare Bewusstseinsstörungen [...] ») - soit bien avant l'accident du 25 mars 2002 - et il constate l'absence de cause organique objectivable de ces troubles, sans toutefois se prononcer ni évoquer un quelconque lien avec l'accident du 25 mars 2002. Même si la chronologie des événements permet de douter d'un lien de causalité naturelle entre le tableau clinique présenté par la recourante et l'accident subi le 25 mars 2002, il convient de laisser cette question ouverte. En effet, même en admettant que la recourante souffre encore, sous l'angle de la causalité naturelle, des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », il convient de nier le rapport de causalité adéquate entre ces atteintes et l'accident assuré.

## **E. 12**

a) Pour admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre un accident et une atteinte à la santé, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a p. 112 sv., 123 V 98 consid. 3 p. 100 ss; 122 V 415 consid. 2c p. 417 sv.). b) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant,

A/3766/2007 - 15/17 - notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). c) En cas d'atteinte à la santé (sans

preuve de déficit organique) consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie en principe le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail, en particulier, sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a sv. p. 366 ss; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 no U 470 p. 531 [U 249/01]).

### **E. 13**

En l'espèce, l'accident du 25 mars 2002 doit être rangé dans les catégories des accidents de gravité moyenne. Il ne s'est pas déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes, le véhicule que l'assurée conduisait circulant à environ 30 km/h au moment de la collision et la police n'ayant pas jugé utile d'intervenir. L'assurée a pu rentrer chez elle après l'accident et a pu reprendre son activité à 100% une semaine plus tard, sa capacité de travail ayant été jugée entière à partir du 2 avril 2002 ; elle n'a fait état de maux de tête et de troubles neuropsychologiques que deux ans après l'accident, sans que ces troubles conduisent à une nouvelle période d'incapacité de travail. En ce qui concerne l'appréciation du critère de la durée du traitement, il ne faut pas se fonder uniquement sur l'aspect temporel ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (ATF non publié du 4 avril 2007, U 92/06, consid. 4.5 ; ATF non publié du 6 décembre 2007, 8C 361/07, consid. 5). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF non publié du 6 décembre 2007, 8C 361/07). A cet égard, on constate que le traitement médical appliqué à la recourante a consisté en des mesures conservatrices (physiothérapie, chiropraxie et médicaments antalgiques) et qu'il visait davantage à lui procurer une meilleure qualité de vie qu'une amélioration effective de son état de santé. En ce sens, on doit nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie. En d'autres termes, le seul des critères posés par la jurisprudence que remplit la recourante est celui des douleurs persistantes. Or, il n'y a pas lieu de retenir que ces douleurs seraient d'une telle intensité qu'elles permettraient, seules, de tenir pour établi le rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et le tableau clinique présenté trois ans et demie plus tard.

A/3766/2007 - 16/17 -

### **E. 14**

Vu ce qui précède, un examen global de l'accident et de ses suites permet de nier le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident du 25 mars 2002 et les troubles allégués encore par l'assurée après le 31 octobre 2005.

### **E. 15**

Enfin, la recourante avait fait valoir dans son opposition que l'intimée, par sa décision du 11 août 2006, n'était pas fondée à supprimer la prise en charge du traitement médical avec effet rétroactif au 31 octobre 2005. Le Tribunal de céans constate que ce moyen n'est pas fondé dès lors que, selon la jurisprudence, le traitement médical et les indemnités

journalières de l'assurance-accidents peuvent faire l'objet d'un réajustement rétroactif, dès lors qu'il ne s'agit pas de prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA (ATF 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

**E. 16**

En tous points mal fondé, le recours sera par conséquent rejeté et la décision sur opposition du 29 août 2007 confirmée.

A/3766/2007 - 17/17 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.