

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1800/2009

ATAS/1249/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 12 octobre 2009**

En la cause

Madame G\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES, Direction générale, avenue  
Perdtemps 23, 1260 Nyon

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame G \_\_\_\_\_, née en 1951, est employée à la Ville de Genève comme agente municipale et assurée à ce titre contre le risque accidents auprès de la GENERALI ASSURANCES (ci-après : l'assureur).
2. Le 6 juin 2003, elle est tombée dans les escaliers de son immeuble suite à l'agression d'un voisin. Elle a déclaré que celui-ci l'avait tirée par un bras et balancée contre un mur. S'en était suivie une chute, face contre terre, avec perte de connaissance de quelques minutes.
3. Le 13 juin 2003, la division des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a attesté d'une contusion cervicale, entorse IPD D3 et contusions multiples.
4. Dès le 6 juin 2003, l'assurée a été en incapacité de travail totale et à 50 % depuis le 28 juillet 2003.
5. Le 28 juillet 2003, le Dr L \_\_\_\_\_ lui a prescrit des séances de physiothérapie.
6. Le 1<sup>er</sup> septembre 2004, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Par décision du 14 juin 2005, l'assureur a mis un terme à toute prestation dès le 7 juin 2005 en se fondant sur l'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) du 2 février 2005 selon laquelle le statu quo sine devrait être retrouvé au plus tard deux ans après l'accident.
8. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005, l'assurée a reçu une rente d'invalidité de 50 % de la CAP.
9. Le 15 juillet 2005, l'assurée a fait opposition à la décision du 14 juin 2005.
10. Le 30 janvier 2006, l'assurée a été victime d'un nouvel accident, soit une chute sur le dos en descendant des escaliers, qui a entraîné une entorse cervicale.
11. Par décision du 5 avril 2006, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2004 au 31 octobre 2005.
12. Par décision du 2 mai 2007, l'assureur a refusé de verser une IPAI à l'assurée en constatant que la décision du 14 juin 2005 était entrée en force par le retrait de l'opposition du 15 juin 2005 de cette dernière et qu'il n'y avait donc plus aucun lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé actuelle.
13. Le 4 juin 2007, l'assurée a fait opposition à cette décision.
14. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007, l'assurée a travaillé à 75 % et reçu une rente d'invalidité de la CAP de 25 %.

15. Par décision du 19 septembre 2007, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée.
16. Le 22 octobre 2007, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) à l'encontre de la décision sur opposition de l'assureur en concluant à son annulation et au versement d'une IPAI de 20 %.
17. Par arrêt du 30 mai 2008 (ATAS 637/2008), le Tribunal de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision sur opposition du 19 septembre 2007 et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise multidisciplinaire.
18. A la demande de l'assureur, la clinique Corela, en particulier les Drs M\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, N\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et O\_\_\_\_\_, neurologue, a rendu le 28 août 2008 un rapport d'expertise pluridisciplinaire en rapport avec les deux accidents dont l'assurée a été victime. Ce rapport relève que l'accident de 2003 est une cause vraisemblable de la symptomatologie au niveau cervical. Les diagnostics posés sont "status après contusions cervicales le 7 juin 2003, status après contusions cervicales le 30 janvier 2006, cervicarthrose, spondylarthrose dorsale".

Sur le plan somatique, la prise de médication antalgique restait nécessaire. Des contrôles médicaux avec éventuellement prescription de neuf séances de physiothérapie devaient être poursuivis à une fréquence de deux fois par année. La visée du traitement médicamenteux est de soulager les douleurs de la patiente. La physiothérapie pourrait également permettre de diminuer les contractures, mais pour l'instant il paraît peu probable que les douleurs puissent disparaître totalement et définitivement. Il s'agit donc là d'un traitement à long terme. Sur le plan neurologique, on pourrait éventuellement proposer à l'assurée de petites doses de tricycliques, comme par exemple d'amitriptyline, à doses progressives jusqu'à 25 mg par jour sur une durée de trois mois, avec une chance de succès relativement faible, les symptômes étant solidement fixés depuis deux ans. Le traitement n'était pas terminé et devait être poursuivi à long terme. Sur le plan somatique, il n'y avait pas d'amélioration à attendre. Une péjoration n'était cependant pas exclue, en particulier au niveau de la colonne dorsale, compte tenu des troubles dégénératifs. Le taux de travail de 75 % était bien toléré et il fallait considérer qu'il était définitif. Une IPA de 25 % était justifiée.

19. Par décision du 18 février 2009, l'assureur a retenu un taux d'invalidité de l'assurée de 25 % ouvrant droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007, accordé une IPAI de 26'700 fr. (25 %) et déclaré prendre en charge, sur prescription médicale et conformément à l'expertise du 28 août 2008, des médicaments antalgiques (petites doses de tricycliques pendant une durée de trois mois au maximum) et deux fois neuf séances de physiothérapie.

20. Le 23 mars 2009, l'assurée a fait opposition à cette décision en contestant la base de calcul du gain assuré ainsi que la limitation d'une prise en charge à 18 séances de physiothérapie par année en faisant valoir le certificat médical de la Dresse P\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, du 27 mars 2009 selon laquelle l'assurée nécessitait des séances de physiothérapie plusieurs fois par année avec un bon effet antalgique mais temporaire de sorte qu'il était impossible de prédire à l'avance le nombre de séances nécessaires durant l'année.
21. Par décision du 17 avril 2009, l'assureur a rejeté l'opposition en relevant, s'agissant des séances de physiothérapie, qu'il convenait de s'en tenir aux conclusions des experts.
22. Le 20 mai 2009, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation en tant qu'elle statuait sur le nombre de séances de physiothérapie et en faisant valoir qu'il était médicalement impossible de connaître à l'avance le nombre de séances qui lui seraient nécessaires.
23. Le 20 juillet 2009, l'assureur a conclu au rejet du recours en relevant que, sur la base de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il ne pouvait accepter un nombre illimité de séances de physiothérapie, ce d'autant que l'état dégénératif antérieur entraînait aussi des douleurs dont le traitement n'était pas à la charge de l'assureur-accident.
24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Est litigieuse la limitation à dix-huit de la prise en charge par l'assureur des séances annuelles de physiothérapie.
4. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Cependant le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA)

sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA (à savoir : let. a lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; let. b lorsqu'il souffre d'une rechute; let. c lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; let. d lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b; ATF du 19 avril 2004, U 212/02).

b) En l'espèce, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 août 2008 remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante (ATF 125 V 351). Les parties l'ont d'ailleurs pour l'essentiel admis puisqu'il a donné lieu à la décision de rente et d'IPAI du 18 février 2009, laquelle n'a pas été contestée par la recourante sur ces deux aspects.

Les experts indiquent que le traitement de physiothérapie limité à dix-huit séances annuelles vise la diminution des contractures et donc des douleurs et qu'il s'agit d'un traitement à long terme, sans amélioration possible, la situation actuelle étant définitive.

Les conditions de l'art. 19 LAA sont ainsi réunies en ce sens qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé de l'assurée. La question de la prise en charge des frais médicaux se pose dès lors uniquement sous l'angle de l'art. 21 LAA.

Les prestations en cause rentrent ainsi dans le cadre prévu à l'art. 21 al. 1 ch. c, voire d LAA, soit la situation de l'assuré qui a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ou pour empêcher que son état de santé ne se détériore de façon notable.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise sur l'unique question de la limitation à dix-huit du nombre de séances à charge de l'intimée. Elle produit, à l'appui de son recours, un certificat du Dr P \_\_\_\_\_ du 27 mars 2009 indiquant qu'il est impossible de prédire à l'avance le nombre de séances dont l'assurée a besoin chaque année. Toutefois, ce rapport, qui émane d'un médecin généraliste, n'est pas à même de remettre en cause les conclusions des médecins-experts, spécialistes en chirurgie orthopédique et en neurologie, lesquels après avoir examiné en détail le cas de la recourante, ont estimé qu'il se justifiait d'accorder à celle-ci un maximum de dix-huit séances de physiothérapie à charge de l'assureur. A cet égard, les expert ont même émis quelques réserves quant à la nécessité d'un tel traitement dès lors qu'ils mentionnent que des séances de physiothérapie pourraient éventuellement être poursuivies dix-huit fois par an et que ce traitement pourrait permettre de diminuer les contractures (rapport p. 41).

En toute hypothèse, le fait qu'il n'est médicalement pas possible d'établir à l'avance le nombre de séances de physiothérapie nécessaires, comme attesté par le Dr P\_\_\_\_\_ ne signifie pas encore que la conclusion des experts est erronée puisque ceux-ci ont fixé le cadre du traitement de physiothérapie qui leur a paru justifié, compte tenu des diagnostics somatiques de la recourante et des séquelles qui perdurent.

5. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être 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 ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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