

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3565/2013

ATAS/562/2014

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 avril 2014**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, à BELLEGARDE VALSERINE, FRANCE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves  
MAGNIN

recourante

contre

BALOISE ASSURANCES SA, sise 21, Aeschengraben, BALE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian  
GROSJEAN

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther  
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1968, est infirmière à la Maison B\_\_\_\_\_. A ce titre, elle est assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de BALOISE ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. Le 5 octobre 2012, l'assurée a subi un accident de la circulation alors qu'elle roulait à moto et s'est blessée au genou droit. Cet accident a fait l'objet d'une déclaration de sinistre de son employeur le 8 octobre suivant.
3. Dans son rapport du 15 octobre 2012, le docteur C\_\_\_\_\_ a notamment fait état d'une triade au genou touchant le ligament croisé antérieur.
4. Dans un courrier du 29 octobre 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a indiqué que l'assurée avait subi une grave entorse du genou lors de son accident. Cette atteinte était confirmée par une IRM, qui avait révélé une distension du ligament latéral interne et une rupture du ligament croisé antérieur. L'évolution était lente. L'assurée présentait notamment des phénomènes douloureux diffus. Il fallait d'abord que l'assurée recouvre la fonction du genou et il y avait donc lieu de travailler la marche avec passages par extension complète, si nécessaire avec des cannes au début. La rééducation devait poursuivre la récupération des amplitudes articulaires. L'arrêt de travail était prolongé d'une dizaine de jours. Par la suite, l'assurée pourrait reprendre son travail de bureau.
5. Par courrier du 5 novembre 2012, l'assurance a signalé à l'employeur de l'assurée qu'elle verserait des indemnités journalières pour la période du 8 au 21 octobre 2012.
6. Dans son rapport du 2 décembre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic d'entorse grave du genou gauche. L'assurée poursuivait la rééducation mais une intervention chirurgicale devrait éventuellement être envisagée dans un deuxième temps. La capacité de travail était de 50 % et ce probablement jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2013.
7. Dans son rapport du 10 décembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une plastie du ligament croisé antérieur par autogreffe DIDT (tendon du droit interne et du demi-tendineux) serait pratiquée le 30 janvier 2013.
8. Le Centre de médecine physique de réadaptation « Château d'Angeville » (ci-après le Centre) a adressé à l'assurance une demande de prise en charge datée du 4 février 2013 pour le séjour de l'assurée, débutant le même jour. Le formulaire de demande portait sur des frais de séjour de EUR 479.-, le forfait journalier s'élevant à EUR 18.- et la chambre individuelle à EUR 45.-
9. Invité par l'assurance à se déterminer sur le séjour de l'assurée au Centre du 4 au 22 février 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, a indiqué dans son avis du 25 février 2013 que selon les critères d'économicité régissant l'assurance-accidents, seul l'équivalent de

trois séries de neuf séances de physiothérapie pouvait être pris charge. L'incapacité de travail devait être vérifiée.

10. Le 27 février 2013, le Centre a établi une facture s'élevant à EUR 7'970.- pour le séjour de l'assurée du 4 au 22 février 2013.
11. Par courrier du 4 mars 2013, l'assurance a indiqué à l'assurée que le traitement au Centre n'était ni adéquat ni économique selon son médecin-conseil. L'opération subie par l'assurée justifiait un traitement ambulatoire de physiothérapie, soit trois séries de neuf séances. L'assurance invitait dès lors l'assurée à lui indiquer si elle souhaitait la prise en charge de trente séances de physiothérapie au tarif français dès le 30 janvier 2013 ou trois séries de neuf séances au tarif suisse de CHF 1'320.- au total, équivalant à trois jours au Centre. Si l'assurée contestait la position de l'assurance, elle devrait lui amener des éléments médicaux justifiant son séjour au Centre.
12. Le 12 mars 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a signalé à l'assurance que la rééducation en centre de convalescence s'était imposée dans le cas de l'assurée pour des motifs à la fois médicaux et sociaux. En effet, le traumatisme complexe au genou de l'assurée avait connu une récupération initiale très lente. Une rééducation soutenue et régulière dans les premières semaines suivant l'intervention avait dès lors semblé nécessaire. Ceci ne pouvait se faire qu'en centre de rééducation, car aucun kinésithérapeute ne pouvait prendre en charge un patient le matin et l'après-midi en France. Les raisons sociales étaient liées au fait que l'assurée habitait seule, à distance des kinésithérapeutes libéraux, et qu'aucun masseur ne pouvait se déplacer à son domicile. Ainsi, si la prise en charge du cas d'espèce n'était pas intéressante d'un point de vue économique, elle se justifiait sous l'angle médico-social si l'on voulait obtenir un résultat optimal. Dans cette optique, il paraissait également nécessaire de poursuivre la rééducation jusqu'à trois mois au moins.
13. Le 12 mars 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a prescrit quinze séances de rééducation supplémentaires.
14. Le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a indiqué au Dr D\_\_\_\_\_ le 4 avril 2013 que le fait que l'assurée vive seule et loin de kinésithérapeutes n'était pas pertinent pour l'assurance-accidents suisse. De plus, cinq cabinets de kinésithérapeutes se trouvaient à proximité du domicile de l'assurée. Au plan médical, les plasties n'étaient jamais immédiatement suivies d'un séjour de rééducation. Le Dr F\_\_\_\_\_ a ajouté, référence scientifique à l'appui, que de nombreux chirurgiens ne prescrivaient plus de kinésithérapie ou un faible nombre de séances seulement, les résultats étant inconstants voire délétères. Enfin, la prescription de quarante séances de physiothérapie n'était jamais acceptée par les assureurs, la règle voulant que le traitement soit réévalué par le médecin avant d'être poursuivi. En assurance-accidents, seules trois séries de neuf séances étaient prises en charge et une poursuite du traitement devait faire l'objet d'un accord du médecin-conseil.

15. Par courrier du 12 avril 2013, l'assurée a invité l'assurance à lui faire parvenir l'accusé de réception de la demande de prise en charge du Centre.
16. L'assurance a répondu à l'assurée le même jour qu'elle ne disposait pas d'un accusé de réception des documents qui lui étaient adressés, ceux-ci étant traités par informatique. Elle pouvait cependant lui indiquer que la demande du Centre lui était parvenue le 14 février 2013, soit dix jours après le début du séjour.
17. Le 23 avril 2013, le Dr D \_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée jusqu'au 3 mai 2013. La reprise pourrait avoir lieu le 4 mai 2013, l'activité étant limitée à un travail de bureau les deux premiers mois.
18. Le 30 avril 2013, l'assurée a indiqué qu'elle contestait la position de l'assurance et a sollicité la prise en charge de la totalité de ses frais. Les trois semaines de convalescence au Centre lui avaient permis de reprendre son travail trois mois après son opération. Sans ce séjour, son genou n'aurait pas la même capacité, ce qui aurait une incidence sur sa perte de gain. L'assurée a affirmé qu'elle n'aurait pu bénéficier de soins sous une autre forme car elle vivait seule et n'avait pu conduire pendant un mois et demi. Il y avait peu de kinésithérapeutes et ceux-ci ne se déplaçaient pas au domicile des patients. Des frais de taxi auraient été supérieurs au traitement suivi. Elle était sensible aux coûts et s'abstenait de tout soin depuis trois semaines, précisément dans un souci d'économie.
19. Le 2 mai 2013, le Centre a derechef adressé une demande de prise en charge à l'assurance pour le séjour du 4 au 22 février 2013.
20. Le 7 mai 2013, l'assurance a remboursé à l'assurée un montant de CHF 55,20 correspondant à une consultation du Dr D \_\_\_\_\_.
21. Dans sa décision du 11 juillet 2013, l'assurance a confirmé le refus de prise en charge du traitement au Centre. Elle a souligné que la responsabilité du traitement appartient à l'assureur-accidents qui contrôle cette prestation en nature. Ce contrôle s'exerce directement à l'égard du fournisseur, et non de l'assuré. Les fournisseurs de prestations doivent demander à l'assurance l'autorisation de prendre les mesures qui leur paraissent indiquées pour le traitement. En l'espèce, le médecin-conseil de l'assurance avait considéré que le séjour au Centre n'était pas un traitement économique et adéquat et qu'il ne pouvait donc pas être pris en charge. L'assurance a répété qu'elle était disposée à prendre en charge pour l'ensemble de la physiothérapie postopératoire un montant de CHF 1'320.-, correspondant à vingt-sept séances de physiothérapie au tarif suisse. Cette somme était versée sur le compte de l'assurée le même jour.
22. Par courrier du 31 juillet 2013, l'assurance, se référant à sa décision, a refusé la prise en charge de la facture établie par Monsieur G \_\_\_\_\_, d'un montant de EUR 163,44 et correspondant à huit séances de kinésithérapie du 5 mars au 11 avril 2013.

23. Le 12 septembre 2013, l'assurée a fait opposition à la décision de l'assurance. Elle a argué de sa bonne foi et souligné que la proposition de l'assurance du 4 mars 2013 était postérieure au séjour de réadaptation, ce qui ne lui laissait aucun choix. Le traitement avait été non seulement adéquat mais également efficace, comme l'avait relevé son médecin. En effet, elle avait pu rapidement reprendre ses activités professionnelles nonobstant un traumatisme complexe et une récupération initiale lente. Si l'assurance le contestait, il y aurait lieu d'ordonner une expertise. Ce traitement avait également été économique puisqu'à défaut, elle n'aurait pu reprendre le travail dans les mêmes délais. Ainsi, les frais de transport et les délais supplémentaires auraient entraîné des coûts plus importants que le traitement au Centre.
24. Le 19 septembre 2013, le Centre a une nouvelle fois adressé sa facture à l'assurance.
25. Par décision du 7 octobre 2013, l'assurance a écarté l'opposition. Après avoir repris l'argumentation développée dans sa décision, elle a ajouté qu'elle ne contestait pas son obligation de prendre en charge le traitement consécutif à l'accident mais uniquement le caractère approprié et économique du séjour de l'assurée au Centre. Elle avait reconnu à titre de traitement adéquat vingt-sept séances de physiothérapie. L'assurance a souligné que ses deux médecins-conseils étaient parvenus aux mêmes conclusions. Elle s'était fondée sur leurs avis et c'est donc à juste titre qu'elle avait refusé la prise en charge du séjour.
26. Par écriture du 7 novembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition du Dr D\_\_\_\_\_, et au fond au versement de CHF 9'803,10 (soit EUR 7'970.- au taux de conversion de 1.23) avec intérêts à 5 % l'an dès le 22 janvier 2013 et de CHF 201.03 (soit EUR 163.44 au taux de conversion 1.23), sous déduction de CHF 1'320 versés le 11 juillet 2013. Elle a repris les arguments du Dr D\_\_\_\_\_ s'agissant de la nécessité du séjour en centre de rééducation et précisé qu'elle avait suivi les indications des médecins sans connaître le traitement administratif de son dossier. L'intimée avait fait part de l'avis de son médecin-conseil sur la nécessité d'un séjour avant même que le Dr D\_\_\_\_\_ n'en expose la nécessité médicale. Cela démontrait qu'elle avait déjà arrêté sa position. S'agissant de la proposition de prendre en charge vingt-sept séances de physiothérapie, la recourante a relevé qu'il était curieux et contradictoire de soutenir qu'un traitement était inadéquat tout en acceptant d'en rembourser une partie. Il incombait à l'assureur qui n'entendait pas indemniser la totalité du dommage d'un assuré de prouver que ce dernier avait violé son devoir de diminuer le dommage. Le lésé était en droit d'obtenir le remboursement des frais qu'engendrait le traitement raisonnable, destiné à rétablir son état de santé ou le stabiliser. Le traitement était raisonnable s'il rétablissait ou maintenait l'état de santé du lésé de manière efficace et adéquate. Il fallait également tenir compte de ses coûts. Le coût était toutefois subsidiaire à l'efficacité et l'adéquation du traitement. En l'espèce, le traitement préconisé par l'intimée

---

n'était pas réalisable en France et n'était pas adapté. Le traitement au Centre était donc raisonnable et adapté.

27. Dans sa réponse du 6 décembre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a allégué que huit kinésithérapeutes au moins exerçaient à Bellegarde, et a produit l'extrait de l'annuaire en attestant. Elle a souligné que ceux qui pratiquaient aux frais de l'assurance-accidents devaient se limiter à ce qui était exigé par le but du traitement. Le fournisseur de prestations devait remettre une facture détaillée. L'assureur-accidents contrôlait le traitement, ce contrôle s'exerçant à l'endroit du fournisseur de prestations. L'indemnisation avait lieu selon le système du tiers payant. Le système des prestations de soins en nature – selon lequel l'assureur était censé fournir lui-même les prestations – impliquait que les données médicales indispensables lui soient transmises, notamment afin qu'il puisse se déterminer sur le caractère économique de la prestation. Le rapport entre le fournisseur et l'assureur-accidents relevait du tribunal arbitral, notamment lorsque le caractère approprié ou économique d'une créance était contesté. Ces prérogatives permettaient à l'assureur de refuser la prise en charge d'un traitement qu'il n'avait pas ordonné ou qu'il n'estimait pas approprié. Le traitement devait être économique. Des mesures coûteuses ne pouvaient être prises en compte que s'il n'existait pas d'alternative ou de mesures plus économiques. En l'espèce, la prise en charge d'un traitement était une prestation en nature et l'intimée était débitrice des frais de traitement envers les prestataires de soins en application du système du tiers payant. Partant, la recourante n'était pas légitimée à agir en paiement, faute de qualité pour ce faire. S'agissant de la demande de prise en charge du Centre du 4 février 2013, elle n'indiquait pas de durée. Ce prestataire de soins avait ainsi violé son obligation de remettre à l'assureur les indications nécessaires pour se déterminer sur le droit aux prestations. L'intimée a allégué que le Dr D\_\_\_\_\_ ne contestait pas le caractère adéquat d'un traitement ambulatoire de vingt-sept séances de kinésithérapie, mais qu'il justifiait le traitement stationnaire par des motifs non médicaux. La loi prévoyait cependant la prise en charge d'un traitement par un chiropraticien en ambulatoire.
28. Par réplique du 21 janvier 2014, la recourante a repris les conclusions de son recours et a conclu en sus à la prise en charge par l'intimée des factures du Centre du 22 février 2013 et de M. G\_\_\_\_\_, sous déduction d'un montant de CHF 1'320.- Elle a requis en outre l'audition de Madame H\_\_\_\_\_ du Centre. Elle a allégué que la démonstration du caractère approprié et nécessaire du traitement était faite, ce que l'audition du Dr D\_\_\_\_\_ ou une expertise permettrait de confirmer. Elle avait de plus besoin d'un traitement supplémentaire, mais ne pouvait s'y soumettre faute de financement. S'agissant de la réception de la demande de prise en charge, l'intimée affirmait ne l'avoir reçue que le 14 février 2013 mais elle ne disposait d'aucun accusé de réception en attestant. Le Centre l'avait cependant adressée le 4 février 2013, et avait relancé l'intimée à plusieurs reprises. L'intimée ne pouvait se prévaloir de ses propres errements pour refuser ses prestations, étant rappelé

qu'elle ne s'était prononcée qu'à la fin du séjour. L'audition des responsables du Centre permettrait de démontrer ce point. S'agissant de l'irrecevabilité du recours, l'intimée n'avait jusqu'ici jamais invoqué cet argument.

La recourante a joint une attestation du 20 janvier 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, qui indiquait que la rééducation au Centre lui avait semblé nécessaire après l'intervention du 30 janvier 2014 en raison de l'amyotrophie quadricipitale préopératoire, ainsi qu'un courrier de ce même médecin du 2 janvier 2014, constatant la persistance d'une amyotrophie quadricipitale, source de douleurs rotuliennes et de faiblesse, justifiant un traitement de renforcement musculaire.

29. Dans sa duplique du 17 février 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a répété que la recourante n'est pas légitimée à agir en paiement. S'agissant de la conclusion ajoutée à la réplique tendant à la prise en charge du traitement, elle était nouvelle et donc irrecevable. Quant à la réception de la demande de prise en charge, la recourante n'amenait aucune preuve de ce qu'elle affirmait. L'intimée a souligné de plus que la prise en charge portait sur EUR 479.- alors que la facture s'était finalement élevée à EUR 7'970.- Quoi qu'il en soit, la demande de prise en charge n'avait pas été soumise préalablement à l'intimée. L'intimée a répété que le Dr D\_\_\_\_\_ ne contestait pas les rapports du Dr E\_\_\_\_\_. La justification du séjour pour des motifs sociaux ne pouvait être retenue puisqu'elle avait amené la preuve que huit kinésithérapeutes indépendants exerçaient à proximité du domicile de la recourante.
30. Après avoir transmis copie de cette écriture à la recourante, la Chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger par courrier du 20 février 2014.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) 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. La LPGA, entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours a été déposé dans les délai et forme prévus par la loi (art. 56ss LPGA).
- a) S'agissant de la qualité pour recourir, condition à la recevabilité du présent recours, l'art. 59 LPGA dispose que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Il est patent que la recourante est directement touchée par la décision querellée – ce que l'intimée paraît d'ailleurs implicitement admettre puisqu'elle l'a notifiée à

celle-ci et non au Centre. En effet, un intérêt digne de protection représente tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée. Cet intérêt consiste dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il implique que cet intérêt soit direct et concret, le recourant devant se trouver dans un rapport suffisamment étroit, spécial et digne d'être pris en considération avec la décision entreprise. Il doit être touché dans une mesure et avec une intensité plus grande que l'ensemble des administrés (ATF 137 II 40 consid. 2.2). Comme cela ressort expressément de la jurisprudence, le préjudice ne doit pas s'être déjà réalisé pour que l'intérêt digne de protection soit retenu.

Dans ces conditions, la simple possibilité que le Centre se retourne contre la recourante pour obtenir le paiement de sa facture confère à celle-ci un intérêt digne de protection au sens de l'art. 59 LPGA.

b) L'intimée soutient que l'assureur-accidents rembourse les soins au fournisseur directement selon le système du tiers payant, et que la recourante ne serait pas légitimée à en exiger le paiement. Elle conclut de plus à l'irrecevabilité des conclusions nouvelles prises dans la réplique de la recourante tendant à la prise en charge des factures du Centre.

Il est vrai que la LAA, contrairement à la législation en matière d'assurance-maladie qui connaît le remboursement des frais, prévoit l'octroi de prestations en nature (ATF 123 V 53 consid. 3a). Selon l'art. 57 al. 1 LAA, les litiges entre assureurs et personnes exerçant une activité dans le domaine médical, laboratoires, établissements hospitaliers et établissements de cure sont jugés par un tribunal arbitral dont la juridiction s'étend à tout le canton. L'institution d'un tribunal arbitral pour connaître des litiges entre fournisseurs de soins et assureurs n'exclut cependant pas la compétence de la Chambre de céans conformément aux dispositions légales citées ci-dessus lorsqu'il s'agit de statuer sur le droit d'un assuré à la prise en charge d'un traitement consécutif à un accident. En effet, en cas de refus de l'assureur-accidents de prendre en charge un traitement, tant l'assuré que le fournisseur de soins sont légitimés à agir en justice (Alexandra RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3<sup>ème</sup> éd. 2003, p. 257).

En outre, aucune disposition ne prévoit l'interdiction pour une partie de modifier ses conclusions en cours de procédure dans le domaine des assurances sociales. De plus, le juge des assurances sociales n'est pas lié par les conclusions des parties (cf. art. 61 let. d LPGA). Les conclusions nouvelles de la recourante sont ainsi recevables. On ajoutera enfin que l'intimée a, à plusieurs reprises, remboursé directement à la recourante les soins prodigués par des prestataires. On s'étonne dès lors qu'elle invoque le système du tiers payant à ce stade de la procédure.

Eu égard à ces éléments, le recours est recevable.

4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante au traitement consécutif à son accident, plus particulièrement sur le point de savoir si le séjour au Centre doit être pris en charge.
5. Selon l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e) (al. 1). L'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie ou l'établissement hospitalier dans lequel il veut se faire soigner (al. 2). Le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions auxquelles l'assuré a droit aux soins à domicile et la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts (al. 3).

L'art. 48 LAA dispose que l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. En vertu de l'art. 48 LAA, l'assureur est fondé à refuser la prise en charge d'un traitement qu'il n'estime pas approprié (RAMA 1995 n°U 227 du 22 mai 1995 consid. 2a). Le traitement doit être non seulement approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. Le caractère économique s'analyse selon l'art. 54 LAA (Jean-Maurice FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 2<sup>ème</sup> éd. 2007, n. 142 p. 892).

Aux termes de l'art. 54 LAA, lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement. Selon cette disposition, l'assureur-accidents a le droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques qui sont inutiles ou qui peuvent être remplacées par d'autres traitements moins coûteux (RUMO-JUNGO, *op. cit.*, pp. 272-273 et les références).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va

---

au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

7. En l'espèce, l'intimée a refusé la prise en charge du traitement au motif qu'un traitement par physiothérapie ambulatoire était adéquat et moins onéreux. Les soins prodigués au Centre ont consisté en physiothérapie exclusivement. Le Dr D\_\_\_\_\_ ne mentionne en effet aucun autre traitement lors de ce séjour.

Or, on doit admettre qu'aucune raison médicale ne s'opposait à ce qu'un tel traitement soit administré de manière ambulatoire, et que le séjour au Centre n'était pas nécessaire du point de vue médical. Le Dr D\_\_\_\_\_ ne le conteste d'ailleurs pas expressément, mais avance des motifs sociaux en faveur de l'hospitalisation de la recourante dans son rapport du 12 mars 2013. Sur ce point, on relèvera en premier lieu que les explications du Dr D\_\_\_\_\_ paraissent peu convaincantes. On voit en effet mal pourquoi un kinésithérapeute ne pourrait dispenser son traitement lors de deux séances quotidiennes au même patient, ou si tel devait être le cas pourquoi la physiothérapie ne pourrait avoir lieu chaque jour auprès de deux kinésithérapeutes différents. En outre, comme le relève à juste titre l'intimée, le domicile de la recourante est situé à proximité de plusieurs cabinets de kinésithérapeutes. Par ailleurs, ni la recourante ni son médecin n'ont établi qu'un traitement ambulatoire a d'abord été envisagé, mais qu'il n'a finalement pu se dérouler pour des motifs pratiques tels que le manque de disponibilité des thérapeutes ou l'impossibilité pour ces derniers de se déplacer.

Or, le Tribunal fédéral a déjà admis dans un cas similaire que le refus de l'assureur-accidents de prendre en charge un séjour de réhabilitation était fondé lorsqu'un traitement ambulatoire de physiothérapie était approprié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_95/2009 du 4 juin 2009, consid. 3.1).

Par surabondance, même s'il fallait admettre que les motifs sociaux avancés par le chirurgien de la recourante étaient convaincants, en vertu du principe d'économicité du traitement, une caisse-maladie n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation continue de séjourner dans un tel établissement, par exemple parce qu'il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins, et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social (arrêt du Tribunal fédéral K 158/04 du 21 mars 2006, consid. 4 et les références). On peut appliquer cette jurisprudence *mutatis mutandis* à l'assurance-accidents.

8. La recourante allègue en outre que l'intimée n'aurait pas fait connaître sa position à temps.

L'art. 48 LAA a pour conséquence que le médecin doit solliciter l'accord de l'assureur pour les mesures thérapeutiques qu'il entend mettre en œuvre pour un patient. En cas d'urgence, pour les premiers soins ou lorsqu'il s'agit de soulager des douleurs intolérables, le médecin peut administrer les soins usuellement dispensés

par les médecins dans de telles situations sans accord préalable de l'assurance. Le médecin doit par la suite informer cette dernière des soins déjà donnés et du traitement envisagé pour la suite. Lorsque l'assurance ne refuse pas la prise en charge dans un délai utile, ces soins sont considérés comme acceptés (Alfred MAURER, Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 297).

En l'espèce, en ce qui concerne la date de réception de la demande de prise en charge, contrairement à ce que la recourante semble alléguer, ce n'est pas à l'intimée de démontrer qu'elle a bien reçu ce courrier le 14 février 2013 mais à la recourante d'amener la preuve que ce pli a été acheminé dans un meilleur délai puisqu'elle semble implicitement inférer un droit à la prise en charge de la détermination prétendument tardive de l'intimée. En effet, le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). Or, compte tenu de l'expédition internationale, un délai de 10 jours pour acheminer un courrier ne paraît pas invraisemblable. De plus, quand bien même il faudrait admettre que la demande du Centre est parvenue à l'intimée avant le 14 février, cette dernière s'est déterminée le 4 mars suivant sur le droit de la recourante à la prise en charge d'un tel séjour. Un délai de moins d'un mois reste raisonnable pour se prononcer sur la nécessité d'une prestation donnée, d'autant plus que l'intimée devait recueillir l'avis de son médecin-conseil dans ce laps de temps. Enfin, l'intervention chirurgicale était planifiée en tout cas depuis le 10 décembre 2012 et l'indication à la physiothérapie en centre de rééducation, soit l'amyotrophie quadricipitale, était également connue avant le séjour au Centre puisque le Dr D.\_\_\_\_\_ l'a qualifiée de préopératoire. Les motifs sociaux existaient également déjà au moment où l'intervention a été planifiée. Ainsi, selon toute vraisemblance, l'hospitalisation à des fins de rééducation n'a pas été décidée en urgence mais a été organisée un certain temps avant l'entrée au Centre de la recourante. Il aurait dès lors été loisible à cette dernière ou au Centre de s'assurer à l'avance de la prise en charge du séjour.

Par surabondance, la demande de prise en charge du Centre ne porte que sur EUR 479.- La recourante ne peut ainsi pas se fonder sur une détermination tardive de l'intimée pour obtenir la prise en charge des coûts du séjour, qui se sont finalement élevés à un montant largement supérieur puisque la facture établie par le Centre est de EUR 7'970.-

9. Eu égard à ces éléments, c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge du séjour au Centre.

Il faut cependant examiner si la décision de l'intimée est fondée en tant qu'elle nie le droit au traitement de physiothérapie au-delà des vingt-sept séances accordées. A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il

faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confère à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

En l'espèce, c'est sur la base de l'avis du médecin-conseil du 22 février 2013 que l'intimée a restreint le traitement de physiothérapie à vingt-sept séances. Or, l'octroi d'un nombre maximal de séances sans examen concret des circonstances, en particulier du point de savoir si le traitement envisagé conduirait à une amélioration de l'état de santé, n'est pas conforme à la loi. Par analogie, on soulignera que dans le domaine de l'assurance-maladie, il n'existe pas non plus de forfait maximal en matière de physiothérapie. En effet, selon l'art. 5 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31), réglant la prise en charge des prestations dans l'assurance-maladie, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale (al. 2). Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances (al. 3). Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté (al. 4).

Il ressort au demeurant du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ qu'une poursuite de la physiothérapie au-delà de 27 séances n'est pas exclue mais est conditionnée à l'accord préalable du médecin-conseil. L'intimée n'était donc pas fondée à refuser la prise en charge la facture de M. G\_\_\_\_\_ sans examiner, avec le concours de son médecin-conseil, si un tel traitement permettait d'escompter une amélioration sensible de l'état de la recourante.

10. La recourante sollicite notamment une expertise afin de démontrer le caractère approprié du traitement et l'audition du Dr D\_\_\_\_\_ et d'une collaboratrice du Centre.

Si le recourant a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont

encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

En l'espèce, le caractère approprié de la physiothérapie au plan médical n'est en soi pas contesté, seul le critère d'économicité d'un tel traitement prodigué sous forme stationnaire est remis en cause. Dès lors qu'il ne s'agit pas là d'un point relevant de la médecine, tant une expertise que l'audition du Dr D\_\_\_\_\_ s'avèrent inutiles, par appréciation anticipée des preuves. Quant à l'audition d'une collaboratrice du Centre, elle vise à démontrer que la demande de prise en charge a bien été expédiée le 4 février 2013. Ce n'est cependant pas la date d'expédition mais de réception de ce courrier qui est litigieuse en l'espèce. Or, le témoignage d'une collaboratrice du Centre n'est pas susceptible d'amener des informations sur ce point. Par conséquent, la Chambre de céans y renoncera.

11. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qu'il convient en l'espèce de fixer à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule les décisions de l'intimée en tant qu'elles limitent la prise en charge de la physiothérapie ambulatoire à vingt-sept séances.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur ce point.
5. Confirme les décisions de l'intimée pour le surplus.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-  
RUFFINEN

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