

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/55/2025

ATAS/409/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 juin 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

BALOISE ASSURANCE SA

intimée

Représentée par Me Michel D'ALESSANDRI, avocat

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1953, travaillait pour B_____ comme comptable et était à ce titre assurée contre le risque d'accidents auprès de la BALOISE ASSURANCE SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 12 juin 2001, l'assurée a glissé et chuté sur le côté gauche. Elle a subi une fracture à quatre fragments de la tête humérale gauche. Elle a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a instauré un traitement par immobilisation, suivi de séances de physiothérapie auprès de D_____, physiothérapeute.
- B.** **a.** À la demande de l'assurance, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport d'expertise le 13 septembre 2002, concluant à des séquelles assez habituelles dans ce genre de fracture, soit une légère ascension du trochiter et des douleurs de type mécanique. Une série de physiothérapie à visée antalgique avec ultrasons pourrait être nécessaire une ou deux fois l'an. Restait réservée une éventuelle péjoration avec nécessité d'opération ou, au pire, une pose d'une prothèse d'épaule. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) était de 10%.
- b.** Par décision du 15 octobre 2002, l'assurance a alloué à l'assurée une IPAI de 10%, en relevant que l'état de santé était stabilisé et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail.
- c.** Des séances de physiothérapie ont été prescrites par le Dr C_____ jusqu'en mars 2022 (cessation d'activité du médecin), puis par le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne.
- d.** D_____ est décédé le 1^{er} mai 2024.
- Le 5 juillet 2024, des factures au nom de D_____ ont été émises pour un traitement du 30 juillet 2019 au 9 avril 2024 et transmises à l'assurance.
- e.** Le 31 juillet 2024, G_____, physiothérapeute, qui a repris le suivi de D_____, a requis de l'assurance qu'elle rembourse les factures de celui-ci.
- f.** Le 9 août 2024, l'assurance a demandé au Dr F_____ des renseignements en référence aux prescriptions de physiothérapie.
- g.** Le 18 septembre 2024, le Dr F_____ a indiqué qu'il prescrivait 18 séances de physiothérapie par année, le traitement n'était pas terminé et il permettait la diminution des douleurs de la coiffe des rotateurs et le maintien de la mobilité ainsi que la diminution des risques de limitation articulaire. L'état de santé était stabilisé.
- h.** Par décision du 3 octobre 2024, l'assurance a mis un terme dès à présent à la prise en charge des traitements médicaux.

i. Le 15 octobre 2024, l'assurée a contesté la décision précitée, en relevant que le Dr E_____ avait estimé que des séances de physiothérapie étaient nécessaires. Elle avait besoin de celles-ci pour que son épaule et sa vie ne soient pas douloureuses.

j. Par décision du 18 décembre 2024, l'assurance a rejeté l'opposition, au motif qu'un traitement qui soulagerait des douleurs occasionnées par un état stationnaire n'était pas à sa charge. Les frais de physiothérapie étaient suspendus en tous les cas dès le 3 octobre 2024.

C. a. Le 7 janvier 2025, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à ce que l'assurance continue de prendre en charge ses séances de physiothérapie qu'elle avait régulièrement suivies depuis 2001. Elle ne comprenait pas que son accident se transforme en maladie.

b. Le 19 février 2025, l'assurance a conclu au rejet du recours.

Les dernières factures de physiothérapie qu'elle avait reçues dataient de décembre 2016 et elle avait reçu le 5 juillet 2024 six notes d'honoraires pour des prestations dispensées entre le 30 juillet 2019 et le 9 avril 2024. L'état de santé était stabilisé depuis 2002 et il n'y avait pas lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante.

c. Le 13 mars 2025, la recourante a répliqué, en relevant que l'intimée omettait d'indiquer l'ensemble des prescriptions de physiothérapie qui étaient de 18 et non pas de huit.

d. À la demande de la chambre de céans, l'assurance a indiqué qu'elle avait pris en charge l'intégralité des factures de physiothérapie pour les traitements antérieurs au 3 octobre 2024.

e. À la demande de la chambre de céans, le Dr F_____ a donné des renseignements complémentaires. Il a indiqué qu'il prescrivait des séances de physiothérapie en reconduisant celles prescrites par le spécialiste consulté à l'époque, lesquelles permettaient de diminuer les douleurs et d'augmenter la mobilité.

f. Le 19 mai 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

1.3 Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (*cf.* al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

2. Le litige porte sur la question de la prise en charge par l'intimée du traitement de physiothérapie de la recourante au-delà du 3 octobre 2024.

3.

3.1 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. 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*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que

l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2).

3.2 Selon l'art. 10 al. 1 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 (al. 1 let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (al. 1 let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (al. 1 let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (al. 1 let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (al. 1 let. e).

Selon 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.

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; 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 (let. d).

3.2.1 Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents. Le traitement doit être efficace, approprié et économique, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (ATF 123 V 53 consid. 2b/bb ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_55/2015 du 12 février 2016 consid. 6.2, publié *in* : SVR 2016 UV n. 37 p. 125). Le prestataire de soins doit limiter ses prestations à ce qui est indiqué dans l'intérêt du patient et nécessaire à la réussite du traitement (ATF 145 V 116 consid. 3.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_514/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2.2).

3.2.2 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. 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 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, 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. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En

revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). Les cas de figure listés à cet article sont exhaustifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 5.2.2 et la référence).

3.2.3 Le traitement médical comprend toutes les mesures qui visent à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète que possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple, une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire - avec des aspects de l'assurance militaire - SBVR soziale sicherheit* 2016, n. 194).

Le Tribunal fédéral a considéré dans un cas où l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis 2008, en ce sens que l'on ne pouvait plus attendre d'amélioration significative depuis cette date et que le traitement médicamenteux avait pour but d'éviter les insomnies et de soulager les violents maux de tête qui surviennent trois fois par mois environ, que le traitement ne faisait que soulager momentanément une symptomatologie occasionnée par un état de santé demeuré par ailleurs stabilisé. Cela suffisait pour nier le droit à la prise en charge de ce traitement en vertu de l'art. 10 al. 1 LAA sans qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si une mesure permettant seulement d'éviter une péjoration de l'état de santé constitue un traitement médical approprié au sens de cette disposition légale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015).

3.2.4 Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé. Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient. Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Un traitement d'acupuncture servant en premier lieu à stabiliser les acquis ainsi qu'à améliorer l'état de santé n'est pas suffisant pour ne pas admettre la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, tout comme une hypothétique amélioration des douleurs et de la fonction du membre atteint. S'agissant des mesures prévues par les centres d'antalgie, ces dernières ont plutôt pour effet d'atténuer la

symptomatologie douloureuse et non pas d'améliorer sensiblement la situation médicale. Des investigations supplémentaires concernant la cause des douleurs ne s'opposent pas à la stabilisation de l'état de santé. Une possible augmentation de la capacité de travail grâce à des mesures psychothérapeutiques ne permet pas de conclure à une amélioration sensible de l'état de santé. L'amélioration de la marche par des chaussures appropriées, des séances de piscine ou de drainage sont des traitements dont la pratique considère qu'ils sont tout au plus aptes à augmenter le bien-être de la personne assurée, mais ne sont pas de nature à améliorer de manière considérable son état de santé. Les consultations médicales de contrôle, la prise de médicaments ainsi que les traitements de thérapie manuelle ne sont pas considérés comme des soins médicaux continus visant à une amélioration notable de l'état de santé avec une certaine planification. Enfin, la seule utilisation des termes « processus de guérison » (« *Heilverlauf* ») ne permet pas de nier une stabilisation de l'état de santé.

On ajoutera que, s'agissant d'une affaire portant sur l'aggravation de l'arthrose nécessitant un traitement intensif de physiothérapie et la poursuite du traitement antalgique et où l'hypothèse de la pose d'une prothèse ou d'une arthrolyse a été évoquée mais pas de manière concrète à ce stade, le Tribunal fédéral a confirmé la stabilisation de l'état de santé (David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA HAVE/REAS 4/2023 p. 314 ss).

3.3 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). 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 (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

4.

4.1 En l'occurrence, l'intimée estime que les conditions pour la prise en charge du traitement de physiothérapie de la recourante ne sont en tous les cas plus remplies au 3 octobre 2024, alors que la recourante le conteste, en faisant valoir le caractère accidentel de son atteinte.

La stabilisation de l'état de santé de la recourante a été fixée en septembre 2002, date de l'expertise du Dr E_____, sans être contestée. En l'absence de toute incapacité de travail, la recourante n'a pas bénéficié d'une rente d'invalidité et a reçu une IPAI d'un taux de 10%.

Il convient dans ces conditions de relever que l'art. 21 LAA n'est pas applicable au cas d'espèce, la recourante n'étant pas au bénéfice d'une rente d'invalidité.

Se pose dès lors la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge le traitement de physiothérapie au-delà du 3 octobre 2024, sur la base de l'art. 10 al. 1 LAA.

4.2 Le Dr F_____, interrogé par la chambre de céans, a expliqué qu'il prescrivait des séances de physiothérapie à la recourante afin de diminuer les douleurs et d'augmenter la mobilité de l'épaule droite. Conformément à la jurisprudence précitée, une mesure thérapeutique qui ne fait que soulager des douleurs occasionnées par un état stationnaire, comme c'est le cas en l'espèce, ne rentre pas dans la définition de traitement médical à charge de l'intimée, au sens de l'art. 10 al. 1 LAA. Par ailleurs, la question d'une éventuelle péjoration de la mobilité de l'épaule de la recourante, en l'absence d'un traitement régulier de physiothérapie, peut rester ouverte, la stabilisation de l'état de santé ayant été reconnue il y a plus de 20 ans (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 précité).

5. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À 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

Adriana MALANGA

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