

GE_GERICHTE ATAS/714/2018 vom 22. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_714_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/714/2018 du 22 août 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/714/2018 del 22 agosto 2018

Erwägungen

E. 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) en vigueur dès le 1er 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.

A/2682/2017 - 8/13 -

E. 2

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 3

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prise en charge par l'intimée, dès le 3 février 2016, d'une partie des prestations en nature dont bénéficiait le recourant jusqu'alors.

E. 4

Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel et de maladie professionnelle. 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 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge le traitement médical (art. 10 ss LAA), les indemnités journalières (art. 16 ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 ss LAA). Selon l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin. Le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA appartient, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). Il tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (voir MAURER, Schweizerisches Unbfallversicherungsrecht, 1985, p. 274). La limite temporelle de la prise en charge du traitement médical par l'assureur-accident ressort de l'art. 19 LAA

relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de cette disposition, 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 (art. 19 al. 1 LAA). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10 (ATF 134 V 109 consid. 4.1), le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

A/2682/2017 - 9/13 - Le droit au traitement médical cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 énumérés à l'art. 21 al. 1 LAA, soit 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 d'une 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). Il est admis que le droit à la prise en charge du traitement médical prend fin, pour le moins dans le cadre des hypothèses des let. b et c de l'art. 21 LAA, lorsque l'âge de la retraite est atteint, dès lors que l'exception de prise en charge au-delà de la date de l'ouverture du droit à la rente se justifie avant tout par l'impact des mesures thérapeutiques sur l'étendue de la capacité de gain (GHÉLEW/RAMELET/RITTER, commentaire de la LAA, 1992, ad art. 21 p. 112). L'art. 21 al. 1 let. d LAA vise les assurés totalement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain. La prise en charge de telles mesures par l'assureur-accidents ne fait pas obstacle au maintien du droit de l'assuré à une indemnité pour impotence grave (ATF 124 V 52 consid. 4 p. 57; arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013).

E. 5

En l'espèce, la SUVA a octroyé une rente au recourant le 31 mars 2003. Dès lors, le droit aux prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) est régi par l'art. 21 al. 1 LAA. Aucune des conditions prévues par cette disposition n'est remplie. Le recourant ne souffre pas d'une maladie professionnelle (let. a). Les cas prévus par les let. b et c ne peuvent pas non lui être appliqué dès lors qu'il a atteint l'âge de la retraite et qu'il n'y a plus lieu de préserver sa capacité de gain et, enfin, le cas de la let. d ne lui est pas non plus

applicable, car il n'est pas totalement invalide.

E. 6

Le recourant a fait valoir la protection de sa bonne foi.

A/2682/2017 - 10/13 - a. Aux termes de l'art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101), les organes de l'État et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 136 I 254 consid. 5.3 p. 261 et les arrêts cités). De ce principe général découle notamment le droit fondamental du particulier à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'État, consacré à l'art. 9 in fine Cst. (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 p. 53 et les arrêts cités). Valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1; ATF 129 I 161 consid. 4.1; ATF 128 II 112 consid. 10b/aa; ATF 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 129 I 161 consid. 4.1 p. 170; ATF 122 II 113 consid. 3b/cc p. 123 et les références citées). b. Le recourant estime que dès lors que la SUVA n'avait pas mentionné de base légale dans sa décision d'octroi des prestations du 21 avril 2004, elle ne pouvait plus par la suite se fonder sur la loi pour lui refuser les prestations allouées. Le droit des assurances sociales est régi par le principe de la légalité, ce qui signifie que les assurés ne peuvent se voir octroyer des prestations qui ne reposent pas sur une base légale, et que les assureurs sociaux ne peuvent en principe accorder des avantages à bien plaisir (Thomas LOCHER, Grundriss des Sozial- versicherungsrechts, 3ème éd., Berne 2003, p. 88 nn. 19 et 20). La SUVA applique la LAA qui détermine le droit aux prestations des assurés quand bien même elle ne le précise pas forcément dans ses décisions. Cette pratique est conforme au droit, l'art. 49 al. 3 LPGA indiquant que les décisions ne doivent à être motivées que si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties, étant précisé que la décision du 21 avril 2004 accordait à l'assuré toutes les prestations demandées le 17 décembre 2003. Le fait que la SUVA n'avait pas mentionné de base légale dans sa décision d'octroi des prestations en 2004 ne l'empêchait donc pas de fonder son refus de prendre en charge de prestations jusque-là octroyées sur l'art. 21 LAA. Par ailleurs, contrairement à ce qu'a fait valoir le recourant, la décision de l'intimée du 19 mai 2017 ne traite pas différemment une même situation, soit celle qui existait lors de sa décision du 21 avril 2014, car elle ne repose pas sur le même état

A/2682/2017 - 11/13 - de fait. En effet, le recourant était à la retraite en 2017, ce qui n'était pas le cas en 2004. Ce changement de circonstances a une incidence sur l'application de l'art. 21 al. 1 let. b et c LAA, puisque le recourant n'a plus à préserver sa capacité de gain. Il ne peut donc être reproché à l'intimée d'avoir eu un comportement contradictoire contraire

au principe de la bonne foi. c. Il ressort du rapport d'entretien du 6 juin 2002 que l'assuré avait conditionné le retrait de son opposition à la condition que l'intimée s'engage formellement à prendre en charge, notamment, les soins liés aux séquelles accidentelle du 27 avril 1993 (médicaments, séances de musculation et une cure de bains tous les deux ans) de façon illimitée dans le temps. Cela étant, aucune pièce au dossier n'établit, ni même ne rend vraisemblable, que l'intimée aurait garanti au recourant que les prestations octroyées le 21 avril 2004 le serait de façon illimitée et sans condition. Le seul fait que le recourant l'ait demandé ne suffisait pas à lier l'intimée. Dans sa décision d'octroi de rente du 31 mars 2003, cette dernière précisait que la rente d'invalidité prenait en considération la situation actuelle et que si un changement important se produisait quant à l'état de santé ou aux conséquences économiques, en rapport avec l'accident, elle pouvait être révisée en tout temps jusqu'à l'âge de l'AVS. Elle indiquait encore que si l'état de santé de l'assuré exigeait la reprise du traitement médical, il avait le droit de l'annoncer à la SUVA et qu'elle continuerait à assumer le coût des mesures médicales encore nécessaires au sens de la lettre du

E. 7

Se pose encore la question de savoir si le recourant peut se prévaloir d'un droit acquis. a. Il est de jurisprudence constante que le droit fédéral des assurances sociales ne connaît pas de droit acquis à une prestation d'assurance – ou au montant d'une telle prestation – à moins que la loi ne le prévoie par une disposition expresse (ATF 124

A/2682/2017 - 12/13 - V 275 consid. 2b) ou que la loi fixe une fois pour toutes les situations particulières et les soustrait aux effets des modifications légales, ou lorsque des assurances précises ont été données à l'occasion d'un engagement individuel (ATF 118 Ia 245 consid. 5b ; 117 V 229 consid. 5b). Certes, les art. 8 al. 1 et 9 Cst. empêchent que des prétentions ne soient arbitrairement supprimées ou réduites, notamment quant à leur montant, et que des atteintes aux droits concernés interviennent unilatéralement et sans justification particulière au détriment de quelques intéressés ou de certaines catégories d'entre eux (ATF 130 V 18 consid. 3.3). Selon les circonstances, le législateur est tenu d'adopter des dispositions transitoires, soit pour éviter des conséquences ainsi prohibées, soit pour permettre aux intéressés de s'adapter à la nouvelle situation légale (ATF 122 V 409 consid. 3b/bb ; SJ 2001 I p. 417 consid. 2). b. En l'espèce, le fait que l'intimée ait continué à prendre en charge pendant plusieurs années des prestations qu'elle n'avait plus à payer légalement ne saurait fonder une obligation pour elle de continuer à le faire, faute de disposition légale le prévoyant, d'engagement à payer ces prestations sans limite et dès lors que sa décision de refus n'apparaît pas arbitraire ou injustifiée.

E. 8

Il ressort des considérations qui précèdent que l'intimée était fondée à cesser la prise en charge d'une participation à un abonnement de fitness, à des bains thermaux et à des cures au bénéfice du recourant.

E. 9

La décision querellée doit en conséquence être confirmée et le recours rejeté.

E. 10

La procédure est gratuite.

A/2682/2017 - 13/13 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la
forme :

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