

GE_GERICHTE ATAS/906/2017 vom 12. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_906_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/906/2017 du 12 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/906/2017 del 12 ottobre 2017

Regeste

Résumé: Le litige porte sur la question de la prise en charge du traitement d'ostéopathie par l'assurance-accidents au-delà de la date à laquelle l'assurée a atteint l'âge de la retraite. Il ressort de la jurisprudence que la retraite n'est pas synonyme de disparition de la capacité de travail, mais qu'elle entraîne des conséquences sur la capacité de gain. Cependant, il est erroné de faire dépendre le droit à la prise en charge du traitement médical de l'existence d'une incapacité de gain. En effet, le traitement au sens de l'art. 10 LAA et de la jurisprudence y relative doit être pris en charge par l'assureur-accidents tant qu'il permet une amélioration de la capacité de travail, la capacité de gain n'étant nullement évoquée dans ce contexte. Dans la mesure où la retraite n'a pas de répercussion sur la capacité de travail, ce qui a été implicitement reconnu par le TF - l'assurance ne peut refuser d'assumer les frais d'une future rechute, motif pris de l'âge de l'assurée. Au demeurant, les assurances ont en pratique toujours continué à prendre en charge un traitement médical, même au-delà de l'âge de la retraite de leurs assurés. Dans le cas particulier, l'assurance ne pourra donc refuser de prendre en charge les frais d'ostéopathie dans le futur qu'après instruction complémentaire, s'il devait s'avérer que le statu quo sine a été atteint, par exemple, ou encore que les séances d'ostéopathie n'ont plus d'effets en termes d'amélioration de la capacité de travail.

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), 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.

E. 2

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

E. 3

Le litige porte sur la question de la prise en charge du traitement d'ostéopathie par l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2015.

E. 4

À titre liminaire, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions en constatation de la recourante. a. Selon la jurisprudence, l'action en constatation de droit n'est recevable que si

le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du droit litigieux. Il doit s'agir d'un intérêt majeur, de fait ou de droit. En règle générale, cet intérêt fait défaut lorsque le demandeur peut immédiatement exiger une prestation exécutoire en sus de la simple constatation (ATF 119 V 11 consid. 2a p. 13. Le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence et l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (ATF 122 III 279 consid. 3a p. 282 ; 120 II 20 consid. 3 p. 22 ; 114 II 253 consid. 2a p. 255 ; 110 II 352 consid. 2 p. 357 ; ATFA du 26 février 2003, cause 5C.246/2002). b. En l'espèce, par décision du 26 février 2016, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des frais d'ostéopathie avec effet au 31 juillet 2015, au motif que la recourante avait atteint l'âge de la retraite à cette date. Sur opposition, l'intimée a « exceptionnellement » accepté de s'acquitter des frais d'ostéopathie jusqu'au 31 décembre 2015, les frais en question ayant été engagés avant toute décision formelle. Elle a, en revanche, refusé d'intervenir au-delà. En acceptant de prendre en charge les factures d'ostéopathie jusqu'au 31 décembre 2015, l'intimée a privé la recourante de la possibilité de faire valoir ses droits par la voie de l'action en exécution. Cependant, en incluant, dans le dispositif de sa décision sur opposition, le rejet de « l'opposition pour le surplus », l'intimée a donné à la recourante un intérêt à agir en constatation, si elle ne veut pas se voir

A/1946/2016 - 8/20 - opposer l'autorité de chose décidée s'agissant de la prise en charge future du traitement. Par ailleurs et dans tous les cas, une incertitude plane sur la question du remboursement des frais du traitement médical. En effet, l'intimée soutient qu'elle n'a plus à s'acquitter des frais d'ostéopathie futurs. Or, en l'absence de constatation judiciaire, la recourante devra s'acquitter des honoraires de son ostéopathe sans savoir si son assureur-accident sera tenu d'intervenir. Dans ce contexte, il ne paraît pas exclu que la recourante, désormais à la retraite, renonce - ou du moins limite - le nombre de séances pour éviter des frais trop importants à sa charge si la position de l'assureur devait être confirmée. Pour tous ces motifs, il apparaît que la recourante a un intérêt digne de protection à ce que la question de la prise en charge des traitements au-delà du 31 décembre 2015 soit résolue. Ses conclusions en constatation sont donc recevables.

E. 5

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).

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est 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. 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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

A/1946/2016 - 9/20 -

E. 6

En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA). En principe, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, 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, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). La notion d'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA. Selon cette disposition, elle correspond à toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

E. 7

a. Selon l'art. 10 al. 1 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 (let. a et b). Le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA précité 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). Le traitement médical au sens de cette disposition tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (voir MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274). La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical 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), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps

A/1946/2016 - 10/20 - qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). 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). b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001). c. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas et mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1, ATF 116 V 41 consid. 2c).

E. 8

a. Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). b. Le Tribunal fédéral des assurances puis le Tribunal fédéral se sont prononcés à plusieurs reprises sur la question du versement d'indemnités journalières au-delà de l'âge de la retraite. Ainsi, à l'ATF 130 V 35, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que le droit à des indemnités journalières supposait une incapacité de travail causé par un événement assuré (maladie, accident), ayant pour conséquence une perte de gain, l'indemnité journalière ayant en réalité pour but de compenser la perte de gain résultant de l'incapacité de travail. Un assuré qui, bien qu'étant incapable de travailler du point de vue médico-théorique, ne subissait pas de perte de gain ne pouvait prétendre à des indemnités journalières. Ainsi en allait-il d'un assuré à la

A/1946/2016 - 11/20 - retraite anticipée, qui subissait un accident durant la période d'assurance prolongée de l'art. 3 al. 2 LAA. À l'ATF 134 V 392, le Tribunal fédéral a rappelé que le droit à des indemnités journalières supposait que le risque assuré se soit réalisé pendant la couverture d'assurance et qu'une incapacité de travail en résulte. Selon la jurisprudence, l'existence d'un dommage économique constituait la troisième condition. Dans la mesure où l'indemnité journalière compensait la perte de gain résultant d'une

incapacité de travail, un assuré qui ne subissait aucune perte de revenu ne pouvait prétendre à une telle indemnité. Toutefois, l'art. 16 al 2 LAA ne prévoyait pas la suppression, compte tenu de l'absence de perte de gain, notamment suite à la retraite, du droit aux indemnités journalières né pendant la couverture d'assurance. Ainsi, la règle de l'ATF 130 V 35 ne concernait que les assurés à la retraite avant l'accident. Pour les autres, le droit aux indemnités journalières subsistait tant que l'assuré n'avait pas recouvré une pleine capacité de travail ou que les conditions du droit à la rente n'étaient pas encore réalisées. Enfin, dans un arrêt 8C_402/2008 du 16 octobre 2008, le Tribunal fédéral a encore considéré que l'assureur-accidents ne pouvait nier le droit à des indemnités journalières pour une nouvelle incapacité de travail survenue alors que l'assuré était déjà à la retraite, mais en lien de causalité avec un accident ayant eu lieu pendant la couverture d'assurance. Une fois le droit aux indemnités journalières né, sa suppression ne pouvait se faire qu'aux conditions des art. 16 al. 2 et 19 LAA.

E. 9

a. 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). 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 (art. 19 al. 1). b. 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). b. Quand bien même l'art. 21 LAA pourrait laisser place à quelques interprétations et incertitudes, 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).

A/1946/2016 - 12/20 -

E. 10

Il ressort de ce qui précède que les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent ainsi selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA. Cette dernière disposition n'est notamment pas applicable lorsque l'assuré ne perçoit pas de rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 et 8C_403/2011 du 11 octobre 2011. Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical.

C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 in fine).

E. 11

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). A noter que la récurrence prévisible de plaintes (douloureuses) alors que l'état de santé est stationnaire ne peut être considérée comme une nouvelle manifestation d'une atteinte que l'on pensait guérie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 consid. 3.2).

E. 12

Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé al. 2).

A/1946/2016 - 13/20 -

E. 13

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 14

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125

A/1946/2016 - 14/20 - V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; DTA 1998 n° 48, p. 284).

E. 15

En l'espèce, l'intimée a accepté de prendre en charge les frais relatifs aux séances d'ostéopathie effectuées jusqu'au 31 décembre 2015 seulement, en précisant qu'elle refuserait à l'avenir de s'acquitter de ces frais. Elle invoque à l'appui de sa position divers motifs. a. En premier lieu, l'intimée argue que ces traitements n'ont été pris en charge jusqu'alors qu'à bien plaisir (décision sur opposition du 10 mai 2016). Elle ajoute qu'elle était en droit de les refuser sans autre raison. Ce faisant, l'intimée se réfère à la jurisprudence selon laquelle un assureur- accidents peut mettre fin avec effet ex nunc et pro

futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que, selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi

A/1946/2016 - 15/20 - s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). En l'espèce, la recourante a été victime, le 3 septembre 1994, d'un accident de la voie publique qui a entraîné une entorse cervicale et un arrêt de travail du 8 au 11 septembre 1994. Elle a bénéficié, dans un premier temps, de séances de physiothérapie, puis, dès 1998, de séances d'ostéopathie. Selon l'expertise du Dr E_____ du 12 décembre 2002, à cette date, l'état de santé de la recourante était stabilisé. Elle souffrait toutefois, trois à quatre fois par année, de douleurs cervicales hautes irradiant vers le front, ainsi que de blocages, lesquels s'amendaient après traitement ostéopathique. Dans ce contexte, le médecin a retenu le diagnostic de troubles statiques par blocages C5-C7. Si en 2002, la colonne cervicale paraissait mobile, elle pouvait se bloquer brusquement et provoquer un torticolis douloureux lorsqu'il faisait froid ou lors de mouvements brusques et imprévus. Selon le Dr E_____, ces crises douloureuses devaient être considérées comme des suites de l'accident ; les manipulations cervicales permettaient de maintenir une capacité de gain et d'éviter des arrêts de travail. Il ressort de ce qui précède que l'état de santé de la recourante était stabilisé en 2002, la colonne cervicale semblant alors mobile. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité a d'ailleurs été octroyée en 2003. Cela n'est au demeurant pas contesté. Cela étant, le Dr E_____ a également considéré que les crises douloureuses aiguës survenant trois à quatre fois par an suite à des blocages dus au froid ou à des mouvements trop brusques et imprévus, devaient être considérées comme des suites de l'accident. Il s'agit là en réalité de rechutes, c'est-à-dire de récurrences de l'atteinte initiale. En effet, en l'absence de pièces médicales indiquant le contraire, il doit être considéré que la recourante a souffert, à plusieurs reprises, d'une décompensation (blocages mécaniques) d'une atteinte (troubles statiques par blocages) stabilisée en 2002 (colonne cervicale mobile). Ainsi, contrairement à la situation ayant conduit à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04, il ne s'agissait pas d'une simple récurrence douloureuse, mais d'une modification de l'état de santé par des blocages mécaniques, rendant nécessaires des séances d'ostéopathie. L'intimée a bel et bien considéré les récurrences comme des rechutes et, par la suite, a expressément accepté la prise en charge des traitements d'ostéopathie, considérés comme étant encore en lien de causalité avec l'accident assuré, sans évoquer une prise en charge à bien plaisir (voir notamment courrier du 28 septembre 2005 : « ce dernier [le médecin de l'intimée] rejoint l'expertise du Dr E_____ de 2002 et considère que les traitements d'ostéopathie effectués lors de maux en relation avec l'accident de septembre 1994 demeurent à charge de la LAA »). L'intimée ne saurait donc

refuser de prendre en charge de futures rechutes au simple motif que les précédentes séances d'ostéopathie l'auraient été à bien plaisir. b. En second lieu, l'intimée invoque l'âge de la recourante, désormais à la retraite (décision initiale du 26 février 2016 et décision sur opposition du 15 mai 2016).

A/1946/2016 - 16/20 - À titre liminaire, il y a lieu de relever que, dans la mesure où la recourante n'est pas au bénéfice d'une rente d'invalidité servie par l'intimée, le droit au traitement médical doit s'examiner au regard de l'art. 10 LAA. Or, le traitement médical au sens de cette disposition doit être pris en charge par l'assureur-accident s'il entraîne une sensible amélioration de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA a contrario, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Dans sa décision du 26 février 2016, l'intimée a considéré que « l'indemnisation prend fin avec l'atteinte de l'âge de la retraite qui correspond à la fin usuelle des activités professionnelles chez les personnes salariées. Dès ce moment-là, il n'y a plus lieu de considérer de perte de gain et la prise en charge des frais de traitement par l'assurance-accidents cesse ». Elle a ainsi assimilé la retraite à la disparition de la capacité de gain. La question de la prise en charge du traitement médical au-delà de l'âge de la retraite n'a pas été traitée par le Tribunal fédéral. En revanche, celui-ci a été amené à se prononcer, à plusieurs reprises, sur le droit aux indemnités journalières au-delà de cet âge. Ainsi, dans l'ATF 130 V 35, le Tribunal fédéral des assurances a admis qu'un assuré en préretraite pouvait subir une incapacité de travail, certes médico- théorique, mais que la condition qui faisait en réalité défaut était celle de l'incapacité de gain. Dans un ATF 134 V 392, le Tribunal fédéral a considéré que le droit aux indemnités journalières subsistait au-delà de l'âge de la retraite tant que l'assuré n'avait pas recouvré une pleine capacité de travail, l'absence de capacité de gain n'étant pas un motif permettant de supprimer le droit aux indemnités journalières. Il ressort des arrêts qui précèdent que la retraite n'est pas synonyme de disparition de la capacité de travail, mais qu'elle entraîne des conséquences sur la capacité de gain. En ce sens, la position de l'intimée est correcte. Là où elle fait erreur, c'est lorsqu'elle fait dépendre le droit à la prise en charge du traitement médical de l'existence d'une incapacité de gain. En effet, le traitement au sens de l'art. 10 LAA et de la jurisprudence y relative doit être pris en charge par l'assureur-accidents tant qu'il permet une amélioration de la capacité de travail, la capacité de gain n'étant nullement évoquée dans ce contexte, au contraire de ce qui est le cas à l'art. 21 al. 1 let. b LAA - applicable lorsqu'une rente d'invalidité a été octroyée par l'assureur-accidents. Ainsi, dans la mesure où la retraite n'a pas de répercussion sur la capacité de travail, ce qui a été implicitement reconnu par le Tribunal fédéral dans les ATF 130 V 25 et ATF 134 V 392, l'intimée ne pouvait refuser d'assumer les frais d'une future rechute, motif pris de l'âge de la recourante. Au demeurant, les assurances ont en pratique toujours continué à prendre en charge un traitement médical, même au-delà de l'âge de la retraite de leurs assurés (voir notamment les faits dans les arrêts suivants : ATF 130 V 35, ATF 134 V 392, ATAS/1255/2012 et ATAS/175/2014).

A/1946/2016 - 17/20 - Enfin, l'art. 10 LAA ne retient pas l'âge comme un motif de suppression de la prise en charge du traitement. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée ne saurait refuser la prise en charge des frais d'ostéopathie futurs pour les motifs qu'elle a invoqués dans la décision sur opposition querellée. En ce sens, le recours doit être admis. c. L'intimée pourrait toutefois refuser de prendre en charge les frais d'ostéopathie pour les motifs médicaux suivants, qu'il lui appartiendra d'instruire en temps utile. D'une part, il

appartiendra à l'intimée d'examiner la problématique du statu quo sine. En effet, dans son expertise du 12 décembre 2002, le Dr E_____ a relevé que l'accident assuré avait accéléré un processus dégénératif déjà en cours et que les douleurs ressenties s'expliquaient par cette évolution. En d'autres termes, ce médecin a implicitement considéré qu'en date du 12 décembre 2002, le statu quo sine (état qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident) n'avait pas – encore – été atteint. Dans cette mesure, les crises douloureuses étaient en lien de causalité avec l'accident et, partant, devaient être prises en charge par l'assurance-accidents. C'est le lieu de relever, dans ce contexte, que la référence par le médecin au statu quo ante (état de santé similaire à celui existant immédiatement avant l'accident) concernait uniquement l'atteinte à la colonne lombaire, laquelle ne fait pas l'objet du présent litige. Cela étant précisé, si l'accident assuré a certes révélé des lésions dégénératives préexistantes et vraisemblablement entraîné une péjoration plus rapide que normalement (voir expertise du Dr E_____ du 12 décembre 2002 p. 12), il ne peut être exclu que l'état d'avancement desdites atteintes dégénératives n'est aujourd'hui plus dû à l'accident assuré mais à leur évolution normale et qu'un statu quo sine a été atteint entre 2002 et aujourd'hui. Dans une telle hypothèse, les douleurs ne seraient plus en lien avec l'accident mais avec les atteintes dégénératives, de sorte que l'intimée n'aurait plus à intervenir. Aucun document médical postérieur à l'expertise du Dr E_____ n'examine toutefois cette question. D'autre part, si, en 2002, les manipulations cervicales avaient pour but de maintenir la capacité de gain et d'empêcher des arrêts de travail, il n'est pas établi que tel soit encore le cas aujourd'hui. En effet, l'ostéopathe de la recourante ne mentionne à aucun moment, dans ses attestations, une capacité de travail diminuée. Il ne fait référence qu'à une diminution des douleurs et à une amélioration du confort quotidien de la recourante. Or, un traitement qui ne fait en réalité que soulager momentanément une symptomatologie douloureuse occasionnée par un état de santé stabilisé n'a pas à être pris en charge par l'assureur-accidents. d. Il ressort de ce qui précède que les futures récurrences douloureuses devront en principe être prises en charge par l'intimée, pour autant qu'elles soient encore en lien de causalité avec l'accident assuré et que le traitement médical puisse permettre une amélioration de la capacité de travail de la recourante.

A/1946/2016 - 18/20 - En d'autres termes, l'intimée, avant de pouvoir refuser la prise en charge du traitement ostéopathique, devra instruire plus avant ces questions.

E. 16

Dans la mesure où elle ne donne pas entièrement droit aux conclusions de la recourante, la Cour de céans examinera, dans un souci d'exhaustivité, l'argument relatif à la protection de sa bonne foi. a. Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et 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 I161 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. En l'espèce, en admettant même qu'un collaborateur de l'assureur ait effectivement indiqué à l'assurée que son traitement serait pris en charge à vie - ce qui n'a au demeurant pas pu être établi -, il n'en demeure pas moins que la recourante n'a pas pris de dispositions auxquelles elle ne saurait renoncer sans subir de préjudice : elle n'a en particulier pas renoncé à la conclusion d'une assurance complémentaire qui aurait accepté de prendre en charge les séances d'ostéopathie - elle ne l'allègue du reste pas - et n'a pas bénéficié de séances d'ostéopathie en pensant que leur coût serait pris en charge par l'intimée, les frais déjà encourus ayant été assumés par l'intimée et le refus de prise en charge ayant été notifié à la recourante avant qu'elle n'entame un nouveau traitement. Dans ces circonstances, c'est en vain que la recourante invoque une violation du principe de la bonne foi.

E. 17

Au vu des considérations qui précèdent, c'est à tort que l'intimé a refusé, sans procéder aux investigations médicales nécessaires, de prendre en charge tout traitement subséquent. Le recours est admis au sens des considérants qui précèdent et la décision querellée annulée en tant qu'elle rejette l'opposition pour le surplus.

A/1946/2016 - 19/20 - La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/1946/2016 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

À la forme :

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