

200.2015.373.LAA

DEJ/BEJ

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 20 mai 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot  
J. Desy, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_,  
recourante

contre

**Bâloise Assurances SA**  
Sinistres Suisse, Aeschengraben 21, case postale, 4002 Bâle  
représentée par Me C. \_\_\_\_\_  
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 25 mars 2015



**En fait:**

**A.**

Le 23 avril 2007, la régie immobilière qui employait A.\_\_\_\_\_, née en 1950, comme concierge (selon un horaire variable), a communiqué à son assureur-accidents que son employée avait été victime d'un accident de travail le 14 avril 2007. Le formulaire d'annonce expliquait que l'assurée avait glissé et était tombée sur le dos. Les examens médicaux ont révélé que l'accident avait causé une fracture-tassement de la vertèbre D12, qui a nécessité un traitement chirurgical. L'assureur a pris en charge des prestations de soins et d'indemnités journalières. Le 13 septembre 2012, il a rendu une décision mettant fin à ces prestations au 31 août 2012, sous réserve de l'art. 21 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20), et les a remplacées par l'octroi d'une rente, pour un taux d'invalidité de 48%, d'un montant mensuel de Fr. 737.20 depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5%, soit Fr. 8'010.-. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 7 novembre 2012.

**B.**

En automne 2013, l'assurée et l'assureur-accidents ont échangé des courriels au sujet des médicaments admis comme étant en relation avec l'accident. Le 7 septembre 2014, l'assurée a communiqué à l'assureur qu'elle devait reprendre les séances de physiothérapie. Par décision du 20 janvier 2015, l'assureur a refusé d'assumer les traitements médicaux actuels et futurs. Suite aux oppositions de l'assurée et de son assureur-maladie, l'assureur-accidents a confirmé son refus le 25 mars 2015.

**C.**

Le 28 avril 2015, représentée par un avocat, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision

sur opposition. Egalement représentée par un avocat, l'intimée a déposé un mémoire de réponse daté du 17 juin 2015. Par écrit du 4 septembre 2015, la recourante a fait usage de son droit de réplique. L'intimée a répondu par mémoire de duplique daté du 29 septembre 2015. Le mandataire de la recourante a présenté une note d'honoraires du 7 octobre 2015.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 25 mars 2015 rejette les oppositions de l'assurée et de la caisse-maladie et confirme un refus de l'assureur-accidents de prendre en charge des traitements médicaux sollicités après la fixation de la rente ou qui seraient encore requis à l'avenir. Cette décision sur opposition représente l'objet de la contestation. Plus précisément, l'objet du litige porte sur le devoir de l'intimée de prendre en charge les frais liés aux séances de physiothérapie suivies par la recourante, quand bien même une rente d'invalidité de l'assurance-accidents a déjà été allouée à cette dernière.

**1.2** Interjeté auprès de l'autorité compétente, dans le délai et selon les formes prescrits, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], qui s'applique par renvoi de l'art. 1 LAA; art. 15 et 74 ss de la loi du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives du canton de Berne [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA, dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c, art. 56 al. 1 et art. 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

C'est à tort que, sur le plan formel, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue parce que l'intimée, contrairement à ce qui était requis dans l'opposition, n'a pas interpellé le généraliste traitant au sujet de la justification et de l'intensité de la physiothérapie prescrite. En effet, l'intimée a apprécié ce rapport et les autres preuves qu'elle avait recueillies (en vertu de son obligation de procéder d'office) et est arrivée à la conclusion que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation ou que l'état de fait que la recourante entendait prouver n'était pas juridiquement pertinent, donc qu'il était superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; ATF 136 I 229 c. 5.3, 122 V 157 c. 1d). Le droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH, RS 0.101) n'offre pas de protection supplémentaire dans ce contexte (ATF 124 V 90 c. 4b). Savoir si l'appréciation de l'intimée est en accord avec le droit constitue une question de fond.

## **3.**

**3.1** Sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA et d'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents n'est tenu de prendre à sa charge – dans la mesure où les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme – le traitement médical (et de verser des indemnités journalières) que tant et aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre de la continuation de celui-ci une sensible amélioration de l'état de la personne assurée. Si tel n'est plus le cas, il convient de clore le cas

d'assurance en supprimant les prestations temporaires et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 140 V 130 c. 2.2, 137 V 199 c. 2.1). La loi ne définit pas plus précisément la notion d'amélioration sensible de l'état de santé de la personne assurée. Eu égard à la conception de l'assurance-accidents sociale centrée principalement sur les personnes exerçant une activité lucrative, on peut néanmoins en déduire qu'il s'agit de viser à l'augmentation ou au recouvrement de la capacité de travail, entravée à la suite de l'accident assuré, et que l'amélioration escomptée par la poursuite du traitement peut être évaluée par ce biais. A cet égard, l'utilisation par le législateur du terme "sensible" met en évidence que l'amélioration doit être notable. Une amélioration insignifiante ne suffit pas (ATF 134 V 109 c. 4.3). La question d'une amélioration de l'état de santé à attendre doit être examinée seulement de façon prospective et non pas sur la base de constatations rétrospectives (SVR 2010 UV n° 3 c. 8.2).

**3.2** Le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Cependant, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir:

- a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle;
- b. 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;
- c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain;
- d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 c. 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 (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2016, p. 968 n° 194). 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 (TF 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 c. 1).

**3.3** Le fardeau de la preuve objectif pour un fait constitutif d'une prétention incombe à la personne faisant valoir cette prestation (ATF 121 V 204 c. 6a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

#### **4.**

Les éléments de fait, notamment médicaux, suivants ressortent en particulier du dossier.

**4.1** Les décisions et décision sur opposition des 13 septembre et 7 novembre 2012 allouant à la recourante une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité se référaient pour l'essentiel à l'appréciation consignée dans un rapport d'expertise du 17 septembre 2010 d'un médecin spécialisé en chirurgie orthopédique (le Dr D. \_\_\_\_\_), mandaté par l'intimée. Ce

spécialiste diagnostiquait un status 3½ ans après fracture-tassement antérieur de D12, un status 17 mois après spondylodèse postérieure D10-L2 (en deux temps) et antérieure (cage), une neuropathie sensitive D12 bilatérale et un conflit sous-acromial de l'épaule droite. Il ne niait pas que les douleurs ressenties et certaines limitations de mouvement soient en lien avec la fracture-tassement de la vertèbre D12 subie lors de l'accident, mais s'étonnait que l'état de la patiente ne soit pas amélioré après les interventions chirurgicales. Il relevait aussi une surcharge pondérale (BMI 33,5) et émettait, pour expliquer la symptomatologie, une hypothèse de psychisme fragile. En revanche, à l'encontre d'un autre avis médical émis en 2008, il niait la preuve d'une influence déterminante d'une ostéoporose vertébrale. Il estimait que la recourante ne pourrait plus exercer son métier de concierge à plein temps, mais seulement à 30%, c'est-à-dire seulement les tâches administratives. Il était toutefois d'avis que la recourante conservait une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Sur le plan thérapeutique, l'expert recommandait à l'intimée de faire une réserve de 9-18 séances de physiothérapie (d'appui à l'auto-entraînement) pour l'année 2011, puis de 9-12 séances pour les 2-3 années suivantes. Finalement, il considérait que l'antalgie (à la demande) restait utile, mais que l'importance de celle-ci était difficile à apprécier.

**4.2** Le rapport du 30 juin 2014 du centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI [...]) pose les diagnostics bi-disciplinaires (psychiatrie/psychothérapie et orthopédie) de syndrome douloureux panvertébral sans symptomatologie irradiante, en lien avec la fracture-tassement du 14 avril 2007 et les opérations qui ont suivi (absence de pathologie psychiatrique). Le rapport explicite une perte de résistance de la colonne vertébrale. Selon eux, depuis début 2010, l'expertisée est totalement capable d'exercer des activités légères et en charge alternée, n'exigeant pas de porter ou soulever des poids de plus de 10 kg ni de postures contraignantes du tronc. Dans les travaux ménagers, ils estiment les limitations à 20%. Ils recommandent une importante perte de poids (20 kg) par le biais d'un programme d'entraînement. Aucune mesure professionnelle n'est proposée en raison de la retraite imminente.

**4.3** Dans un rapport intermédiaire du 13 novembre 2014 adressé à l'intimée, le généraliste de la recourante décrit un état stable sous thérapie. De son point de vue, cet état (solicitations limitées par la douleur) ne va pas s'améliorer et la thérapie (physiothérapie et antalgique par voie orale) ne vise qu'à retarder une aggravation. Il recommande un maintien des séances hebdomadaires de physiothérapie et de la médication antalgique. Il pose le pronostic d'un traitement à vie et n' imagine pas que de quelconques mesures puissent améliorer la capacité de travail.

**4.4** Dans son rapport du 17 décembre 2014, en réponse aux questions de l'intimée, le médecin-conseil de cette dernière (E. \_\_\_\_\_, expert médical SIM) estime d'abord que l'expertise du COMAI du 3 juillet 2014 (c. 4.2 supra) ne démontre aucune aggravation et qu'au contraire, elle constate une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il ajoute que le traitement médical n'est pas en soi nécessaire au maintien de la capacité résiduelle de gain, peu importe qu'il soit médicamenteux ou de physiothérapie. En référence à l'expertise du 12 septembre 2010 (c. 4.1 supra), le médecin-conseil est d'avis qu'il découle clairement de la proposition d'une antalgie à la demande et de séances de physiothérapie à espacer dans le temps, que la continuation de ce dernier traitement ne concerne plus les suites de l'accident. Au surplus, il nie la survenance d'une rechute, dans la mesure où l'on est en présence de dorso-lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs avec syndrome panvertébral.

## **5.**

**5.1** L'intimée dans sa décision attaquée refuse de prendre en charge les frais liés aux séances de physiothérapie en renvoyant à l'avis de son médecin-conseil. Elle nie toute détérioration (séquelles tardives) de l'état de santé depuis la clôture du cas d'assurance et part du principe qu'une capacité de travail entière est donnée dans une activité adaptée. Elle soutient aussi que le traitement médical requis n'est pas nécessaire au maintien de la capacité résiduelle de gain et pas apte à la préserver. Selon elle, ce traitement ne vise de toute façon plus les suites de l'accident. Dans sa réponse au recours, l'intimée précise que de son avis aucune des

hypothèses de l'art. 21 al. 1 LAA n'est réalisée, ne serait-ce aussi que du fait que la recourante a dépassé l'âge de la retraite.

A l'opposé, le recours défend la thèse que les séances de physiothérapie requises sont indispensables au soulagement des douleurs persistantes irradiantes, séquelles tardives de l'accident du 14 avril 2007 (qui du reste a motivé l'octroi de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité). Toujours selon le recours, cette thérapie, bien mieux que les antalgiques souvent contre-productifs, peut seule garantir la conservation de la capacité de travail et de gain et éviter une détérioration de l'état de santé (au même titre de ce qui est accordé aux paraplégiques). Dans sa réplique, la recourante fait en plus valoir que sans son accident, elle aurait avec une vraisemblance prépondérante continué à travailler comme concierge au-delà de son 64<sup>ème</sup> anniversaire. En outre, elle insiste sur son droit à la prise en charge de la physiothérapie en raison déjà de la conservation de son état de santé au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. A l'appui de ses allégués, elle requiert qu'un rapport soit demandé à son généraliste, voire qu'une expertise soit organisée.

**5.2** En procédant à la clôture du cas au 31 août 2012 et en passant simultanément au régime de la rente, l'intimée a implicitement admis, non que la recourante était guérie, mais que l'état de santé de cette dernière était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration susceptible d'améliorer la capacité de travail (c. 3.1 supra). Dans ce contexte, il n'est pas indispensable de trancher la question de savoir si un lien de causalité naturelle subsiste entre l'accident et les douleurs encore ressenties par la recourante. En effet, même en admettant l'existence ou la persistance du lien de causalité, cette condition ne suffit pas pour obtenir, de l'assurance-accidents, des prestations pour soins et remboursement de frais de traitement une fois qu'une rente a été allouée. Il faut encore qu'au moins une des hypothèses envisagées aux let. a-d de l'art. 21 al. 1 LAA soit réalisée (c. 3.2 supra). Si aucune de ces hypothèses n'est réalisée, c'est à l'assureur-maladie obligatoire d'intervenir (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2016, p. 993 n° 291).

**5.3** A propos de l'art. 21 LAA, il convient de préciser déjà à ce stade que, contrairement à ce que suggère l'intimée dans ses décisions, l'al. 3 de cette disposition n'élargit pas la couverture-accidents en cas de rechute ou séquelles tardives par rapport à l'al. 1. L'al. 3 en précise seulement les modalités. La mention des rechutes et séquelles tardives à l'al. 3 (en plus de l'hypothèse de l'al. 2 d'une reprise du traitement sur ordre de l'assureur) a pour seul but de distinguer ces cas où le traitement - et même des indemnités journalières - peuvent être octroyés suite à la nouvelle demande (ou l'ordre), avant qu'une décision ait été rendue, alors que les autres situations décrites à l'al. 1 exigent une décision préalable entrée en force avant d'obtenir les prestations de soins (ALFRED MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 387-388).

## **6.**

**6.1** Si l'on examine les possibilités d'octroi de prestations de soins au sens de l'art. 21 al. 1 LAA, on constate d'emblée que la recourante ne remplit pas la condition de l'art. 21 al. 1 let. a LAA, car ses douleurs au dos ne découlent pas d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA, mais résultent d'un accident (professionnel) qui est survenu le 14 avril 2007 (art. 7 LAA et art. 4 LPGa). Ce point n'est d'ailleurs pas litigieux.

**6.2** Contrairement à ce que soutient la recourante, l'hypothèse d'une rechute ou de séquelles tardives (art. 21 al. 1 let. b LAA et 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA, RS 832.202]) doit aussi être éliminée dès l'abord, sans même qu'il soit nécessaire d'examiner la condition de l'amélioration notable ou de l'empêchement d'une détérioration notable de la capacité de gain (à ce sujet voir cependant: c. 6.4 infra). En effet, on parle de rechute lorsque la même affection, qu'on croyait guérie, se manifeste à nouveau, et de séquelles tardives lorsque l'atteinte considérée comme guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent à un état pathologique souvent différent (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 992 n° 287; RUMO-JUNGO/HOLZER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht* –

*Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2012, art. 6 p. 78 et art. 21 p. 150). En l'espèce, rien au dossier n'indique avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales) que l'état de la recourante s'est aggravé de manière significative en comparaison avec l'état de santé dit "stabilisé" qui prévalait au moment de l'octroi de la rente invalidité. La recourante elle-même ne le prétend pas. Tant les experts du COMAI que le médecin-conseil de l'intimée nient catégoriquement toute évolution déterminante des atteintes depuis 2010, en raison déjà de la nature du diagnostic (syndrome douloureux résultant de la fracture dans un contexte d'atteintes dégénératives). La recourante ressent des douleurs persistantes, certes parfois avec certaines fluctuations, depuis son accident et de même caractère depuis ses opérations. La réapparition de douleurs prévisibles et occasionnées par un état stabilisé n'est pas une rechute et ne peut pas non plus être qualifiée de séquelles tardives (ATF 118 V 293 c. 2c; TF U 244/04 du 20 mai 2005 c. 3.2).

**6.3** L'art. 21 al. 1 let. d LAA ne permet pas non plus, au cas d'espèce, de rendre l'assurance-accidents responsable de la charge des prestations de soins après la fixation de la rente. Cette disposition prévoit que l'assureur-accidents doit continuer de prendre en charge des prestations pour soins et remboursement de frais de traitement lorsque l'assuré 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. Par "incapacité de gain", il faut comprendre une incapacité de gain totale, par opposition à la let. c de l'art. 21 al. 1 LAA qui vise les cas d'incapacité de gain partielle (ATF 140 V 130 c. 2.3, 124 V 52 c. 4, 116 V 41 c. 3; A. MAURER, op. cit., p. 384; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 992 n° 287; RUMO-JUNGO/HOLZER, op. cit., ad art. 21, p. 151). La recourante présente une incapacité de gain de 48% d'après la décision confirmée sur opposition par l'intimée le 7 novembre 2012. Elle ne peut donc se prévaloir de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. Du reste, lorsqu'elle invoque cette disposition, elle se réfère à des accidents entraînant une paraplégie. La jurisprudence cite effectivement fréquemment ces assurés dans le contexte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, précisément parce que nombre de ces cas se stabilisent à un niveau ne

permettant pas de compter avec une invalidité (ou incapacité de gain) seulement partielle.

**6.4** A la différence des let. a et d, la let. c - de même du reste que la let. b (c. 6.2 supra) - de l'art. 21 al. 1 LAA n'engage la responsabilité de l'assureur-accidents pour les prestations pour soins ou remboursement de frais de traitement après fixation de la rente qu'à la condition que ceux-ci aient un impact positif sur la capacité résiduelle de gain de l'assuré (et pas seulement sur son état général de santé). Selon la let. c, lorsque l'assuré continue d'avoir durablement besoin de traitements ou de soins après la clôture du cas, il faut au moins que ceux-ci lui permettent de conserver sa capacité résiduelle de gain.

**6.4.1** La recourante ayant fêté ses 64 ans le [...] novembre 2014, il sied de commencer par vérifier si la conservation de la capacité de gain peut encore jouer un rôle une fois l'âge de la retraite atteint (cf. art. 21 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]). La loi est muette à ce sujet et le Tribunal fédéral (TF) n'a semble-t-il pas encore eu à se prononcer sur ce point.

D'après A. MAURER, le sens de cette disposition voudrait que les assurés au bénéfice d'une rente invalidité LAA n'aient plus droit à des prestations de soins dès qu'ils interrompent leur activité lucrative en raison de la vieillesse et non d'une invalidité totale. Il doute toutefois que le législateur ait réellement eu la volonté de concevoir un régime aux conséquences aussi peu sociales (A. MAURER, op. cit., p. 384, note de bas de page 962b). Préconisant une application par analogie de l'art. 22 al. 2 LAA, qui exclut la révision de la rente invalidité LAA dès que l'âge légal de la retraite est atteint, d'autres auteurs parviennent aussi à la conclusion que le droit à l'octroi de mesures selon l'art. 21 al. 1 let. c LAA cesse lorsque l'âge légal de la retraite est atteint (GHÉLEW/RAMELET/RITTER, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*, 1992, art. 21 p. 112). Il ressort de trois jugements de tribunaux cantonaux, deux du tribunal des assurances zurichoises (ZH UV.2013.00066 du 25 novembre 2014 et UV.2006.00108 du 07 novembre 2007) et un de celui du canton des Grisons (PVG 2014 p. 82 du 3 septembre 2014), à la motivation légèrement différente mais au résultat identique, qu'un assuré partiellement invalide et ayant atteint l'âge

de la retraite selon l'art. 21 LAVS ne peut pas/plus se prévaloir de l'art. 21 al. 1 let. b ou c LAA, à moins qu'il soit établi avec une vraisemblance prépondérante qu'il aurait continué à exercer une activité lucrative s'il n'avait pas subi d'accident. Cette interprétation est cohérente et découle d'une analyse historique et téléologique convaincante, de sorte qu'elle peut être reprise en l'espèce. La recourante, à la page 2 de sa réplique, invoque en vain un passage du Message du Conseil fédéral relatif à la LAA (BBI 1976 III p. 173 = FF 1976 III p. 175). En effet, cet extrait du Message traite de la coordination avec la prévoyance professionnelle et concerne spécifiquement les personnes qui subissent un accident alors qu'elles sont déjà au bénéfice de rentes de vieillesse (AVS et prévoyance professionnelle) et auxquelles l'assurance-accidents doit accorder les frais de guérison et éventuellement des indemnités journalières, mais plus de rente. Cette situation est totalement différente de celle de la recourante ayant subi son accident et ayant même déjà passé au régime de la rente de l'assurance-accidents avant d'atteindre l'âge de la retraite-vieillesse.

**6.4.2** La recourante allègue qu'elle aurait continué à travailler après 64 ans si elle n'avait pas subi d'accident, car sa seule rente AVS ne lui procurerait pas un revenu suffisant. Il s'agit donc de vérifier si cette allégation peut être établie avec une vraisemblance prépondérante à l'aide des éléments au dossier.

Selon le dossier AI (dossier [dos.] AI doc. 23/3: rapport d'enquête économique sur le ménage), l'emploi de concierge de la recourante, avant l'accident, impliquait environ 18 heures de travail par semaine. La recourante s'est retrouvée sans emploi en novembre 2012, suite à la résiliation de son contrat de travail par son employeur. Les motifs précis de la résiliation sont inconnus. La recourante a toutefois déclaré à plusieurs reprises que les relations avec l'ancien et le nouveau gérant ainsi qu'avec certains voisins n'étaient pas bonnes (dos. AI doc. 23/2; dos. de l'intimée p. 193 s. et p. 196). Ceci est confirmé par le contenu du procès-verbal de l'assemblée des copropriétaires du 6 septembre 2010: celui-ci mentionne que la gérance a reçu plusieurs téléphones et lettres de réclamation au sujet de la concierge et qu'une proposition de vote à bulletin secret sur le mandat de concierge à la prochaine assemblée a été acceptée. Vu les

circonstances précédant la fin des relations contractuelles, il n'est pas possible de retenir avec une vraisemblance prépondérante que la résiliation du contrat est liée à l'accident de la recourante.

Par ailleurs, il ressort certes du rapport du COMAI que la recourante a été sévèrement affectée par la perte de son travail, qu'elle appréciait, et qu'elle regrettait de ne plus pouvoir travailler. Cependant, le rapport mentionne aussi que la recourante a elle-même décidé qu'elle en avait terminé avec le monde du travail. Un peu plus loin, on lit encore que la recourante ne s'imagine plus retrouver une activité lucrative en raison de ses douleurs, mais qu'elle serait de toute façon en droit de toucher une rente AVS à partir de 2014 (dos. AI doc. 41.1/7, 10 et 12). Aux médecins, elle n'a donc pas clairement fait état de sa volonté de continuer à travailler après l'âge de la retraite, ni qu'elle avait ambitionné de le faire avant son accident. L'anamnèse de la recourante met surtout en évidence les conséquences psychologiques de la perte de l'emploi (dans un contexte conflictuel), sans que la recourante n'en déplore l'impact financier. Lors de l'enquête économique sur le ménage effectuée par l'Office AI le 23 novembre 2012, la recourante a déclaré que les Fr. 1'800.- (bruts) qu'elle gagnait comme concierge correspondaient à ses besoins financiers et que c'est le salaire qu'elle aimerait gagner si elle était en bonne santé. Dans la mesure où la rente invalidité octroyée par l'intimée (Fr. 737.20 par mois) ne couvre pas ce revenu idéal, la recourante aurait logiquement dû tenter d'exploiter sa capacité résiduelle de gain pour couvrir la différence. Or, aucune preuve de recherches d'emploi ne figure au dossier. La recourante n'allègue d'ailleurs pas non plus avoir fait des efforts dans ce sens. Elle n'explique pas pourquoi elle n'a pas essayé de se reconvertir dans un autre domaine professionnel mieux adapté que l'activité de concierge (c. 4.2 supra), ni pourquoi elle n'a pas recherché un nouvel emploi après avoir été licenciée. De surcroît, avec la naissance du droit à une rente AVS, l'argument de la nécessité économique perd une grande part de sa pertinence.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait retenir qu'il est établi avec une vraisemblance prépondérante que la recourante aurait continué de travailler après avoir fêté ses 64 ans si elle n'avait pas été victime d'un accident. Par conséquent, il n'existe plus de capacité de gain à préserver

dans le cas de la recourante, et c'est en vain que celle-ci tente de se prévaloir des let. b (et c.) de l'art. 21 al. 1 LAA pour obtenir le remboursement des séances de physiothérapie de l'assurance-accidents.

**6.4.3** Même en considérant que la recourante aurait continué à travailler au-delà de l'âge de la retraite sans son accident, l'application des let. b (et c) de l'art. 21 al. 1 LAA devrait être écartée pour une autre raison. Tout d'abord, il faut constater que les expertises au dossier (tant celle du 17 septembre 2010, que celle du COMAI) reconnaissent à la recourante, en dépit des douleurs exprimées, une capacité de travail d'au moins 50% (de l'avis du COMAI: 100%) dans un emploi adapté à sa situation. Cette capacité de travail n'est à tout le moins pas inférieure au taux de l'activité exercée avant l'accident. Ensuite, bien que les séances de physiothérapie aident probablement la recourante à soulager ses douleurs de dos, il n'est pas établi avec une vraisemblance prépondérante que ce traitement permette de conserver sa capacité de gain résiduelle (art. 21 al. 1 let. c LAA) et encore moins qu'il permette de l'améliorer notablement ou d'en empêcher une notable diminution (let. b).

S'il est vrai que l'expert mandaté par l'intimée en 2010 proposait de continuer les séances de physiothérapie, il suggérait aussi que ces séances s'espacent avec le temps et que la prise en charge soit accordée seulement pendant deux à trois ans, soit jusqu'en 2013. Au moment de la décision sur opposition attaquée, à l'exception du médecin traitant qui préconise la poursuite (ou reprise) de la physiothérapie, les autres médecins recommandent surtout une perte de poids et de l'auto-entraînement. Dans la mesure où la nécessité médicale des séances de physiothérapie n'est pas clairement établie, il est encore plus difficile d'en admettre la nécessité pour maintenir ou augmenter une potentielle capacité de gain. Le médecin traitant mentionne certes que le traitement suivi actuellement (physiothérapie et antalgiques par voie orale) permet d'éviter une aggravation de l'état de santé, mais il juge aussi qu'une reprise du travail est illusoire et qu'aucune mesure concrète ne peut influencer positivement la capacité de travail. Ainsi, aucun élément au dossier n'indique que les séances de physiothérapie auraient un impact favorable sur la capacité de gain de la recourante. Dès lors que cet aspect n'est pas

prouvé avec une vraisemblance prépondérante, c'est à tort que la recourante tente de déduire un droit à des prestations des let. b. et c. de l'art. 21 al.1 LAA.

**6.5** En résumé par conséquent, la recourante ne remplit les conditions d'aucune des hypothèses légales permettant de déroger au principe qui veut qu'après l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents, les prestations de soins et le remboursement de frais (au sens des art. 10 à 13 LAA) doivent être assumés par l'assurance-maladie obligatoire. Les pièces au dossier étayent cette conclusion à suffisance et aucune mesure probatoire complémentaire n'est nécessaire.

**6.6** Par souci de complétude, on peut ajouter, et la recourante ne prétend du reste pas le contraire, que, dans la mesure où l'intimée a continué à prendre en charge certains traitements médicaux au-delà de l'octroi de la rente d'invalidité (accident) et même après la naissance du droit à la rente AVS, cet octroi, qui se révèle illégal, ne confère aucun droit à sa continuation. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, 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). Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu (voir par analogie: ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

## **7.**

Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et, partant, doit être rejeté. La présente procédure est gratuite, ce qui implique aussi qu'il ne peut être octroyé de dépens à l'intimée (art. 61 let. a LPGA; ATF 126 V 143 c. 4b). Il n'est pas alloué non plus d'indemnité de dépens à la recourante, puisqu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - au mandataire de l'intimée,
  - à [...],
  - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).