

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2682/2017

ATAS/714/2018

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

**Arrêt du 22 août 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHANCY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Jacques MARTIN

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Larissa ROBINSON-MOSER et  
Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Le 27 avril 1993, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant) a été victime d'un accident de voiture qui lui a occasionné une commotion cérébrale et un syndrome cervical.
2. Le 11 juillet 1994, l'assuré a subi un second accident de la circulation qui a aggravé ses douleurs à la nuque et ses céphalées, qui sont devenues permanentes.
3. Le 6 juin 2002, lors d'un entretien avec un collaborateur de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accident (ci-après la SUVA ou l'intimée), l'assuré a demandé la prise en charge des frais liés à son accident du 27 avril 1993 d'une façon illimitée dans le temps (médicaments, séances de musculation et cure de bains tous les deux ans) et de ses soins médicaux dès 1997, à hauteur de CHF 11'470.80, et l'octroi d'une rente d'invalidité partielle de 10%, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 1998 pour la perte économique. Dans ces conditions, il était d'accord de retirer l'opposition qu'il avait formée le 18 mars 2002.
4. Le 7 août 2002, la SUVA a informé l'assuré qu'elle allait se prononcer sur une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> avril 1998 pour les séquelles accidentelles de son genou gauche. Son état de santé était stabilisé et un traitement médical régulier n'était plus nécessaire. Elle acceptait de prendre en charge trois à quatre consultations par année chez son médecin traitant, avec prescription de médicaments, et une à deux séances de musculation par année ainsi qu'une cure de bains tous les deux ans.
5. Le 3 février 2003, la SUVA a informé à l'assuré avoir mentionné par erreur dans son courrier du 7 août 2002 – qui n'était pas une décision – des séquelles accidentelles au genou gauche alors qu'il s'agissait de cervico-nucalgies et de troubles de la mémoire.
6. Par décision du 31 mars 2003, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité pour les séquelles de l'accident du 27 avril 1993, à partir du 1<sup>er</sup> avril 1998, sur la base d'une diminution de sa capacité de gain de 10%. La rente prenait en considération la situation actuelle. Elle précisait que si un changement important se produisait quant à l'état de santé ou aux conséquences économiques, en rapport avec l'accident, la rente pourrait être révisée en tout temps jusqu'à l'âge de l'AVS. Si son état de santé exigeait la reprise du traitement médical, l'assuré avait le droit de l'annoncer à la SUVA. Elle continuerait à assumer le coût des mesures médicales encore nécessaires au sens de la lettre du 7 août 2002.
7. Le 17 décembre 2003, l'assuré a demandé à la SUVA de prendre en charge différentes mesures médicales et thérapeutiques.
8. Le 21 avril 2004, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge :
  - des médicaments Tonopan ;

- une participation à un abonnement annuel de fitness à hauteur de CHF 300.- par an ;
  - trois fois neuf séances de physiothérapie par année selon le tarif LAA ;
  - des bains thermaux deux fois par mois ;
  - deux à trois semaines de cure de bains tous les deux ans ;
  - trois à quatre consultations par année chez son médecin traitant.
9. À teneur d'un certificat médical établi le 18 juin 2015 par le docteur B\_\_\_\_\_, neurochirurgien, le patient, âgé de 68 ans, présentait des antécédents de traumatisme cervical avec développement de douleurs arthrosiques majorées à la mobilisation de la tête couplées à des pertes d'équilibre et des sensations de vertige. Le diagnostic était une cervico-discarthrose multi-étagée. Le patient bénéficiait d'un traitement physiothérapique au long cours et d'un traitement par Voltaren. Malgré ce traitement, la symptomatologie étant déjà douloureuse, des gestes infiltratifs étaient indiqués.
10. Le 15 juillet 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin radiologue FMH, a informé la SUVA que l'assuré avait bénéficié de deux séances d'infiltration et qu'il était libre de douleur pour la première fois depuis longtemps. Vu cette large amélioration, il arrêta la prise en charge.
11. Le 11 août 2015, la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH, a informé la SUVA qu'elle avait vu une première fois l'assuré à sa consultation neurologique à mi-juin. Il s'agissait d'un avis neurologique concernant la survenue insidieuse depuis cinq à six ans de sensations d'instabilité invalidante d'apparition totalement progressive, essentiellement déclenchées par les mouvements du corps. Elle avait référé le patient au docteur E\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologue (ci-après ORL), pour un bilan. Celui-ci avait confirmé la présence d'un déficit vestibulaire bilatéral difficilement datable et d'origine indéterminée, même si l'on pouvait supposer qu'il avait été causé par le traumatisme de 1993. Dans ce contexte, le patient avait entrepris des séances de physiothérapie en vue d'une rééducation vestibulaire. Ces séances devaient avoir lieu sur une période d'au moins un an, de façon à tenter de rééduquer le système vestibulaire. Chez ce patient, il était essentiel de procéder à des infiltrations et à de la physiothérapie, de façon à éviter que le problème ne se chronicise encore plus.
12. Le 3 décembre 2015, l'assuré a demandé à l'intimée son accord pour les prestations suivantes :
- cure de bain avec physiothérapie (3 x 1 semaine – décembre 2015, printemps et automne 2016) ;
  - consultation du Dr C\_\_\_\_\_ avec séances d'infiltration deux à trois fois en 2016 suite à douleurs cervicales ;
  - consultation des Drs D\_\_\_\_\_ ou B\_\_\_\_\_ ;
  - deux fois neuf séances de physiothérapie (printemps automnes 2016) ;

- frais pour des bains thermaux et de kilométrage.
13. Le 11 décembre 2015, la SUVA a répondu à l'assuré que seuls les soins médicaux nécessaires pour maintenir un certain équilibre ou prévenir une aggravation de son état de santé seraient pris en charge.
  14. Le 25 janvier 2016, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que, selon les études scientifiques récentes, l'efficacité de cures thermales annuelles ou bisannuelles pour un traumatisme survenu vingt-deux années auparavant n'était pas prouvée. Par analogie, il en était de même pour la prise en charge de bains thermaux deux fois par mois. Il n'y avait pas non plus lieu de prendre en charge la participation au fitness, qui sollicitait le rachis cervical de manière trop importante, a fortiori compte tenu des lésions arthrosiques mentionnées. La prise en charge des consultations chez le médecin traitant et les traitements antalgiques devaient en revanche être acceptés.
  15. Sur la base de l'avis précité, la SUVA a informé l'assuré, le 3 février 2016, qu'elle mettait un terme, avec effet immédiat, à toutes ses prestations en nature hormis trois ou quatre consultations annuelles chez le médecin traitant ainsi que trois séries de neuf séances de physiothérapie par année.
  16. Le 5 septembre 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assuré de longue date pour des problèmes cervicaux chroniques remontant à son accident de 1993, lequel avait toujours conservé des douleurs cervicales chroniques, principalement mécaniques, bien corrélées à l'IRM à des dégénérescences spondylodiscarthrosiques sur les étages principalement C3-C4, C4-C5. Le traitement par antalgiques, anti-inflammatoires et physiothérapie avait permis globalement de stabiliser son état avec un recours occasionnel aux infiltrations. Au printemps 2015, une scintigraphie avait été réalisée, qui avait montré une atteinte hyperfixante inflammatoire sur les niveaux C2-C3 et C6-C7 en plus des niveaux préalablement mentionnés. À plusieurs reprises, le médecin avait discuté avec le patient de la nécessité de maintenir les options conservatrices et de l'absence d'indication chirurgicale. Le patient présentait, en outre, un déficit cochléo-vestibulaire droit, pour lequel la physiothérapie semblait également essentielle. Sur l'année qui venait de s'écouler, il avait bénéficié de quatre séances d'infiltration par le Dr C\_\_\_\_\_, qui avaient à chaque fois permis d'améliorer la situation pendant un mois et demi, mais avec malgré tout une gêne qui persistait. Compte tenu de tous ces éléments et du caractère principalement mécanique des douleurs ainsi que de l'effet positif de la physiothérapie, il lui semblait médicalement indispensable que le patient puisse continuer à bénéficier de ces séances afin de stabiliser au maximum sa situation. De la même façon, une cure thermale s'avérerait positive, non seulement pour la gestion des phénomènes algiques, mais également pour l'optimisation de l'approche multidisciplinaire des soins (massages, balnéothérapie et alimentation). Le médecin s'inscrivait donc en support du courrier de la Dre D\_\_\_\_\_ et des initiatives du Dr C\_\_\_\_\_ pour que le patient puisse garder un traitement

conservateur de qualité sur le long terme, compte tenu de l'absence d'indication opératoire.

17. Le 20 mars 2017, l'assuré a formé opposition à la décision rendue le 21 février 2017 par la SUVA.
18. Par décision du 5 avril 2017, la SUVA a informé l'assuré que son service médical maintenait sa première appréciation et qu'elle confirmait par conséquent sa décision du 3 février 2016.
19. Le 2 mai 2017, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, faisant valoir que la SUVA ne se fondait pas sur une disposition légale ou une nouvelle expertise, mais qu'elle s'était contentée de mettre un terme à ses prestations en contestant leur efficacité. Elle aurait dû instruire davantage le dossier pour pouvoir justifier d'une telle décision après treize ans de prise en charge.
20. Le 4 mai 2017, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté que, cliniquement, la situation avait peu évolué. Il persistait des contractures paravertébrales gauches ainsi qu'une sensibilité à hauteur du nerf d'Arnold. S'il était évident qu'aucune étude scientifique ne permettait d'apporter la preuve de l'efficacité de cures thermales annuelles ou bisannuelles pour un traumatisme survenu vingt-deux années auparavant, le patient signalait un bénéfice réel de cette prise en charge antalgique. Dès qu'il était dans l'eau et après ses cures thermales, il ressentait un bénéfice lui permettant de stabiliser la situation.
21. Par décision sur opposition du 19 mai 2017, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à sa décision du 5 avril 2017, relevant que le bénéfice allégué des cures thermales reposait sur l'art. 21 al. 1 let d LAA, qui était inapplicable au cas d'espèce, car l'assuré n'était pas totalement invalide.
22. Le 19 juin 2017, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir qu'il avait réglé sa conduite sur la décision du 31 mars 2003 et se prévalait du principe de la bonne foi et de la confiance. La SUVA n'avait jamais conditionné la prise en charge de ses soins médicaux à une disposition légale et ne pouvait treize ans plus tard, subordonner subitement sa décision à une disposition légale.

De multiples certificats et rapports médicaux attestaient de l'amélioration de son état de santé depuis que les soins en cause lui étaient prodigués. En présence d'autant d'opinions contraires à sa décision, la SUVA devait instruire davantage le dossier pour pouvoir motiver, preuves concrètes à l'appui, une telle suppression de prestations.

La prise en charge de ses cures et bains thermaux ainsi que de son abonnement au fitness ayant été constante pendant près de treize ans, le maintien de son bon état de santé dépendait grandement de ces prestations en nature et la SUVA ne pouvait y mettre un terme sans qu'il ne subisse de préjudice.

Enfin, la loi n'avait pas changé depuis la décision du 31 mars 2003. Partant, la décision du 19 mai 2017 violait le principe de l'interdiction du comportement contradictoire de l'autorité.

L'assuré concluait à l'annulation de la décision sur opposition de la SUVA du 19 mai 2017 ainsi qu'à la confirmation que les prestations en nature octroyées par la SUVA dans sa décision du 31 mars 2003 et, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, avec suite de frais et dépens.

23. Le 19 septembre 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours relevant que lorsque la rente avait été fixée, les prestations pour soins et remboursements de frais étaient accordées à son bénéficiaire aux conditions de l'art. 21 al. 1 LAA. En l'occurrence, les let. a et b de cette disposition n'entraient pas en considération. Il en était de même de la let. d qui visait les bénéficiaires de rentes totalement invalides. L'art. 21 al. 1 let c LAA subordonnait la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Si cette condition n'était pas réalisée, le traitement médical requis devait être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. En l'occurrence, aucun des médecins dont les avis figuraient au dossier n'indiquaient que les prestations litigieuses étaient nécessaires pour conserver la capacité résiduelle de gain du recourant. Ce dernier avait atteint l'âge légal de la retraite en 2011. Il faisait valoir que les prestations pour soins requises étaient nécessaires au maintien et à la stabilisation de son état de santé. La fréquentation d'un fitness ou d'une piscine ne constituait pas une mesure médicale (ATF 8C\_188/2010 du 22 novembre 2010 consid. 3.2). De plus, le Dr F\_\_\_\_\_ avait précisé que, selon les études scientifiques récentes, l'efficacité de cures thermales annuelles ou bisannuelles, à l'instar de la prise en charge de bains thermaux, n'était pas prouvée pour un traumatisme survenu vingt-deux années auparavant. L'intimée était ainsi fondée à supprimer le droit de l'assuré à la prise en charge du traitement en question avec effet ex nunc et pro futuro. Elle n'avait pas à établir l'existence d'un motif de révocation (révision procédurale ou reconsidération) d'une décision matérielle d'octroi de prestations. Les frais de traitement ne constituaient 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 n'étaient pas applicables.

S'agissant du droit à la protection de la bonne foi, le recourant alléguait que le maintien d'un bon état de santé dépendait grandement des prestations en nature et que la SUVA ne pouvait y mettre un terme sans qu'il ne subisse un préjudice. Il ne prétendait pas que ces soins ne pourraient pas être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, étant rappelé que la suppression avait été prononcée le 3 février 2016 suite à la demande de décembre 2015 pour les soins de 2016, de sorte qu'il n'exposait pas en quoi la suppression des prestations par l'intimée

entraînerait pour lui un préjudice. Aussi, l'argumentation tirée de la violation du droit à la protection de la bonne foi était infondée.

En définitive, la SUVA était en droit de mettre fin aux prestations en nature au 3 février 2016 au regard de l'art. 21 al. 1 LAA. Dans ces conditions, un complément d'instruction médicale ne se justifiait pas.

24. Le 11 décembre 2017, le recourant a transmis à la chambre de céans un courrier de son assurance-maladie, Assura, dont il ressort que cette dernière ne prenait pas en charge l'abonnement fitness, et participait aux cures balnéaires, à hauteur de CHF 10.- par jour pour autant que les conditions de l'art. 40 LAMal soient réalisées. Cette prise en charge ne lui permettant pas de financer ses cures et bains thermaux deux fois par année, le recourant persistait en conséquence dans ses conclusions.
25. Le 11 janvier 2018, la SUVA a relevé que le recourant n'avait plus à conserver une capacité résiduelle de gain du fait qu'il avait atteint l'âge légal de la retraite et qu'il ne pouvait se prévaloir d'un droit à ces prestations sur la base de l'art. 21 al. 1 let. c LAA. Le fait que l'assurance obligatoire de soins ne prenne pas en charge les cures balnéaires ne rentrait pas en considération dans le cadre de l'examen de la prise en charge du traitement médical en assurance-accidents.
26. Le 27 juin 2018, le recourant a notamment déclaré à la chambre de céans qu'il avait eu des maux de tête pendant dix ans après son accident et qu'il n'en avait plus à ce jour. Il ne prenait donc plus de Tonopan. Il avait continué à aller au fitness, mais la SUVA ne participait plus à son abonnement depuis 2016. Il avait régulièrement suivi des séances de physiothérapie depuis 2004 et le faisait encore, dans le cadre de ses cures thermales annuelles. Il prenait lui-même en charge une partie de ses cures, car elles lui faisaient beaucoup de bien, pour maintenir la situation actuelle et éviter la rechute. Il n'avait jamais essayé d'arrêter les cures pour voir si elles étaient encore nécessaires. À l'heure actuelle, il était à la retraite et n'avait pas d'activité lucrative. Suite à la réception de la décision de rente et de la prise en charge des prestations de la SUVA du 21 avril 2004, il avait retiré son opposition du 18 mars 2002, référence faite à l'entretien du 6 juin 2002.
27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
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.
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 1<sup>er</sup> 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).

---

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 1<sup>er</sup> 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).

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

---

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 II 61 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 Sozialversicherungsrechts*, 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

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 7 août 2002. L'intimée avait ainsi informé le recourant que les décisions prises pouvaient être revues en fonction des circonstances, de sorte qu'il ne peut se prévaloir du fait qu'elle se serait engagée à verser les prestations sans limite dans le temps. Le recourant est de plus censé connaître la loi et il ne peut tirer des avantages de son ignorance du droit (ATF 124 V 215 consid. 2b/aa p. 220 et arrêt du Tribunal fédéral 9C\_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 3.3).

d. Enfin, dans la mesure où le recourant a demandé à l'intimée, le 3 décembre 2015, son accord pour des frais de cure et de bains thermaux notamment, pour le futur, il ne peut se prévaloir d'avoir réglé sa conduite et subi un préjudice en se fondant sur le fait qu'il pensait avoir un droit illimité à ces prestations au vu de la décision rendue par l'intimée le 21 avril 2004. Cette dernière l'a informé le 11 décembre 2015 qu'elle ne prendrait en charge que les soins médicaux nécessaires pour maintenir un certain équilibre et prévenir une aggravation de son état de santé et a pris une décision à ce sujet relativement peu de temps après, soit le 3 février 2016. Dans ces circonstances, c'est en vain que le recourant invoque une violation du principe de la bonne foi.

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

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.

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.
9. La décision querellée doit en conséquence être confirmée et le recours rejeté.
10. La procédure est gratuite.

**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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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