

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2018

Composition : M. PIGUET, juge unique

Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

K. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 9 Cst. ; art. 10 al. 1 et 3 LAA ; art. 69 OLAA ; art. 46 OAMal

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, travaillait à temps partiel comme agent auxiliaire pour le compte de la société W._____ SA à [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la K._____ SA (ci-après : la K._____ SA ou l'intimée).

Par déclaration du 18 juillet 2012, W._____ SA a annoncé à la K._____ SA un accident survenu le 19 juin 2012, dont les circonstances étaient décrites comme suit :

M. B._____ était à son entraînement d'arts martiaux. Son partenaire lui a fait une prise d'immobilisation et sa nuque a craqué. Il attend de voir si la douleur persiste avant de se rendre chez le Dr [...].

Dans un courrier adressé à l'assuré le 24 octobre 2012, la K._____ SA a exposé les éléments suivants :

L'événement dont vous avez été victime n'entraînant à ce jour aucune incapacité de travail ni [de] frais de guérison importants, nous renonçons à investiguer plus en détail sur la notion de l'accident ou de la lésion assimilée à un accident. Afin de vous servir au mieux et au plus vite, nous vous rembourserons les frais de traitement en rapport avec l'événement, sans reconnaissance par contre d'une quelconque obligation de notre part.

Nous reprendrions l'examen de votre dossier et pourrions être amenés à modifier le cas échéant notre décision si l'affectation devait entraîner un nouveau traitement médical ou une incapacité de travail, voire se révéler plutôt comme une maladie ou la séquelle d'un accident antérieur.

La K._____ SA a remboursé à l'assuré trois séances d'ostéopathie qui se sont déroulées au mois d'août 2012.

Par courriers des 26 janvier et 30 avril 2013, l'assuré a demandé à la K._____ SA le remboursement de séances d'ostéopathie supplémentaires.

Répondant le 23 mai 2013, la K._____ SA a notamment informé l'assuré de ce qui suit :

A toutes fins utiles, nous vous rappelons notre prise en charge conditionnelle du 24 octobre dernier. Il nous appartient donc maintenant d'examiner le lien de causalité avec l'événement accidentel qui nous occupe et nous nous voyons ainsi contraints de stopper nos prestations en votre faveur avec effet immédiat. Ainsi, nous gardons vos factures d'ostéopathie en suspens.

Selon le rapport médical initial établi, à la demande de la K._____ SA, le 26 août 2013 par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré souffrait d'une contusion cervicale et les radiographies montraient une mini-instabilité des cervicales C4-C5 et C5-C6. Le médecin a indiqué que le traitement était terminé.

Par courrier du 3 septembre 2013, la K._____ SA a informé l'assuré de la fin de la prise en charge de son cas. On extrait ce qui suit de cet envoi :

[...] nous venons de recevoir le rapport médical du Dr D._____ faisant suite à l'examen de contrôle du 19 juillet dernier.

A la lecture de ce document, nous relevons que le traumatisme cervical que vous avez subi en juin 2012 est désormais stabilisé et que le suivi médical peut être considéré comme terminé.

En revanche, nous notons que l'examen radiologique conclut encore à une mini-instabilité à considérer comme une lésion dégénérative consécutive à plusieurs traumatismes antérieurs.

Dans le cadre de ce dossier, il nous appartient donc de mettre une fin de lien de causalité avec effet immédiat.

En conséquence, nous vous remboursons encore vos séances d'ostéopathie allant du 14.01 au 08.04.13 et archivons notre dossier. S'il devait y avoir d'autres frais médicaux à dater de ce jour, vous voudrez bien les adresser directement à votre caisse-maladie.

En date du 7 janvier 2014, l'assuré a envoyé à la K._____ SA une nouvelle demande de remboursement concernant des séances d'ostéopathie pour la période du 22 avril au 19 août 2013.

Vu ces nouvelles factures et les contestations de l'assuré quant à la cessation de la prise en charge, la K. _____ SA a notamment exposé ce qui suit par lettre du 19 février 2014 :

Dans le cas présent, l'incident est survenu lors d'un entraînement de Jui-Jitsu. Selon votre réponse au point 3 de notre questionnaire du 7 août 2012, tout s'est déroulé normalement selon les règles liées à cette activité. En l'absence d'un facteur extraordinaire, la notion accidentelle faisant défaut, nous aurions parfaitement pu refuser d'entrer en matière. Néanmoins, par courrier du 24.10.12 et tenant compte qu'il s'agissait d'un cas bagatelle, nous avons rendu une décision de prise en charge conditionnelle, ceci à titre purement exceptionnel. Nous n'y reviendrons pas.

- Nous revenons maintenant au chapitre 3 de votre courrier et vous informons que la notion de lésion dégénérative n'est nullement une pure invention de notre part puisqu'elle ressort notamment du rapport radiologique effectué le 24 juin 2012, soit 5 jours seulement après l'incident qui nous occupe. Les diagnostics mentionnés (rétroliothésis et attitude scoliothique sinistro-convexe cervico-dorsale) concluent clairement à une affection malade dégénérative.

Dans ces conditions, nous ne pouvons déroger à notre décision du 3 septembre dernier et vous retournons avec la présente, à notre décharge, vos frais d'ostéopathie pour la période allant du 22.04.13 au 19.08.2013 pour transmission à votre caisse-maladie.

Par décision du 18 juillet 2014, rendue à la demande de l'assuré, la K. _____ SA a confirmé ses précédentes correspondances, en particulier le fait que le cas ne relevait pas de l'assurance-accident dès lors que l'affection dont souffrait l'assuré était dû à un risque faisant normalement partie des aléas inhérents à la pratique de tout sport dit de combat.

L'assuré a fait opposition contre la décision précitée en date du 22 août 2014, se référant à la jurisprudence en matière d'accident survenu durant la pratique d'une activité sportive, notamment en lien avec la question d'un mouvement non programmé.

Par décision sur opposition du 2 juin 2016, la K. _____ SA a confirmé la teneur de sa décision du 18 juillet 2014.

B. Par acte du 6 juillet 2016, B._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la constatation du caractère accidentel de l'événement du 19 juin 2012 et à la prise en charge des suites de l'accident, notamment le remboursement des frais médicaux ; subsidiairement à l'annulation de la décision et à son renvoi à la K._____ SA pour nouvelle décision. Selon l'assuré, le geste de son partenaire de jujitsu était inapproprié et inattendu, ce qui justifiait de retenir un facteur extraordinaire et partant la survenance d'un accident. L'assuré a ajouté qu'il ne souffrait d'aucune lésion dégénérative et que les factures non prises en charge par la K._____ SA s'élevaient à 920 francs. Il a requis des mesures d'instruction, dont la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de témoins.

Dans sa réponse du 7 septembre 2016, la K._____ SA a conclu au rejet de recours, en rappelant que l'incident du 19 juin 2012 ne présentait pas de caractère extraordinaire ou inhabituel et que les frais d'ostéopathie ne figuraient pas dans la liste fixant l'obligation légale de prise en charge par les assureurs-accidents. Ils n'avaient été remboursés qu'à bien plaisir pour les premières séances.

Répliquant le 25 novembre 2016, B._____ a fourni des explications complémentaires quant au fait qu'il était débutant en jujitsu et que la prise de son partenaire était inappropriée, ce dont il ne s'était rendu compte qu'en discutant avec son ostéopathe. Il a également invoqué la mauvaise foi de la K._____ SA, en se référant à un courriel reçu de la société A._____ SA le 18 juillet 2012 qui mentionnait ce qui suit :

Pour ce qui concerne la prise en charge des séances d'ostéopathie, l'assureur, après acceptation du cas, rembourse à hauteur de Fr. 110.00 par séance (Fr. 55.00 pour la base et Fr. 55.00 pour la complémentaire).

Veuillez bien prendre note que l'assureur est décisionnaire concernant la prise en charge du cas.

Par duplique du 5 janvier 2017, la K._____ SA a confirmé ses précédentes écritures.

Les parties se sont encore exprimées par courriers des 5 et 9 janvier 2017 pour confirmer leur position respective.

Dans une ultime détermination du 3 février 2017, l'assuré a notamment relevé que sa situation était stabilisée, mais qu'il ne pouvait pas exclure une évolution négative.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige a pour objet la prise en charge par l'assurance-accidents de traitements d'ostéopathie pour un montant de 920 francs.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne

sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA (dans sa teneur au 31 décembre 2016), l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a).

b) Le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions auxquelles l'assuré a droit aux soins à domicile et la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts (art. 10 al. 3 LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 69 première phrase OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel les art. 44, et 46 à 54 OAMal (ordonnance du 28 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) s'appliquent également au droit des chiropraticiens, des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et des organisations qui les emploient (personnel paramédical) et des laboratoires de pratiquer à la charge de l'assurance-accidents.

c) En vertu de l'art. 46 OAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2017, applicable *ratione temporis* [ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_951/2015 du 29 septembre 2016 consid. 4]), sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur compte : a. physiothérapeutes ; b. ergothérapeutes ; c. infirmières et infirmiers ; d. logopédistes/orthophonistes ; e. diététiciens (al. 1). Ces personnes doivent

être admises en vertu du droit cantonal et remplir les autres conditions d'admission fixées dans la présente ordonnance (al. 2).

Le catalogue des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 46 OAMal est exhaustif (ATF 126 V 330 consid. 1c ; TF 9C_183/2016 du 26 juin 2016 consid. 5.3.1 ; également TFA I 174/03 du 28 décembre 2004 consid. 5.2 *in fine*).

5. En l'espèce, le recourant demande la prise en charge de ses frais d'ostéopathie suite à l'événement survenu le 19 juin 2012. La législation en matière d'assurance-accidents renvoie expressément aux dispositions légales de l'assurance-maladie s'agissant des soins sur prescription médicale (consid. 4b *supra*), dispositions qui énumèrent de manière exhaustive les personnes prodiguant lesdits soins (consid. 4c *supra*). On constate à la lecture de l'art. 46 OAMal que les ostéopathes ne figurent pas dans cette liste des personnes admises. Au vu du caractère exhaustif de la liste, aucune dérogation n'est possible. Les prestations litigieuses n'entrent ainsi pas dans le catalogue des prestations que l'assureur-accidents doit prendre en charge et l'intimée a refusé à juste titre de les rembourser.

6. Le recourant invoque également une violation par l'intimée du principe de la bonne foi.

a) Ancré à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci (ATF 131 V 472 consid.

5 et les références citées). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou espérance légitime (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1). Plus largement, le principe de la bonne foi s'applique lorsque l'administration crée une apparence de droit, sur laquelle l'administré se fonde pour adopter un comportement qu'il considère dès lors comme conforme au droit (TF 6B_659/2013 du 4 novembre 2013 consid. 3.1 et la référence citée).

D'après 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 143 V 341 consid. 5.2.1 et les références citées).

b) Dans le cas d'espèce, le recourant ne saurait être protégé dans sa bonne foi. Quand bien même il s'est vu rembourser par l'intimée un certain nombre de séances d'ostéopathie, il convient de souligner que celles-ci ont été allouées « à bien plaisir » (courrier du 24 octobre 2012). Le recourant ne saurait ainsi se prévaloir d'une assurance ou d'un comportement de l'assureur susceptible d'éveiller une attente ou une espérance légitime. En particulier, le courriel du 18 juillet 2012 de la société A. _____ SA, dont le recourant se prévaut, précisait très clairement que l'assureur-accident devait au préalable accepter le cas et qu'il avait un pouvoir décisionnaire s'agissant de la prise en charge. Le recourant ne pouvait dès lors pas conclure à la lecture de ce courriel que

les frais d'ostéopathie allaient lui être remboursés. Le grief doit par conséquent être écarté.

7. Enfin, il n'y a pas lieu de se prononcer, compte tenu de ce qui précède, sur le caractère accidentel ou non de l'événement du 19 juin 2012. En effet, en l'absence de conclusion - condamnatoire - tendant à la prise en charge de prestations, cette conclusion devient purement constatatoire. Or, une autorité ne peut rendre une décision de constatation que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (ATF 129 V 289 consid. 2.1). En l'occurrence, le recourant n'a pas d'intérêt digne de protection à une décision constatatoire, puisqu'il pourra toujours contester les motifs retenus par l'intimée pour nier le caractère accidentel de l'événement litigieux si cette question devait avoir une importance ultérieurement et qu'il a lui-même indiqué que sa situation était stabilisée (déterminations du 3 février 2017).

8. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre des mesures d'instruction requises par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

9. a) En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en refusant la prise en charge des frais d'ostéopathie du recourant. Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPG).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 2 juin 2016 par la K._____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- B._____,
- K._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :