

Passage à la retraite et thérapies médicales

Les assurances-accidents doivent payer les traitements médicaux des personnes assurées aussi après leur passage à la retraite. La distinction pratiquée par les assurances entre invalidité totale ou partielle n'est pas conforme à la loi. Bonne nouvelle!

Agnès von Beust, avocate

L'histoire commence en 2019, le jour où le service social d'un établissement hospitalier contacte l'Institut de conseils juridiques (ICJ) de l'ASP avec une question pertinente: pourquoi l'assurance-accidents a-t-elle cessé de payer les thérapies de Monsieur X., nouvellement retraité?

Problématique

Monsieur X. vit avec une lésion médullaire en raison d'un accident qui s'est déroulé il y a des dizaines d'années. Au moment du passage à la retraite de Monsieur X., son assurance-accidents a mis fin au paiement de toutes les thérapies médicales, alors même que ces thérapies étaient toujours nécessaires en raison de la lésion médullaire et qu'elles avaient toujours été prises en charge jusque-là. Surprenant, non?

Le refus de l'assurance se fondait sur une disposition légale, l'art. 21 LAA (loi sur l'assurance-accidents). Ce refus n'était pas un cas isolé, mais reflétait bien la pratique dans le domaine, justifiée par une poignée de jugements de tribunaux cantonaux. Or, l'interprétation faite de cet article de loi et le refus qui s'en est suivi se sont révélés non conformes au droit. Le Tribunal fédéral en a décidé ainsi très récemment dans son arrêt 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 (publication prévue). Ce jugement doit être salué, car il met fin à une pratique véritablement discriminatoire pour les personnes assurées.

EXTRAIT DE LA LAA

Art. 21 Traitement médical après la fixation de la rente

1 Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire:

- 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. [...]

Dans la pratique qui prévalait jusqu'alors, l'assurance-accidents finançait uniquement les traitements médicaux des personnes assurées qui:

- étaient victimes d'une maladie professionnelle (art. 21 al. 1 let. a LAA);
- présentaient une invalidité totale (art. 21 al. 1 let. d LAA);
- présentaient une invalidité partielle et poursuivaient une activité professionnelle (art. 21 al. 1 let. c LAA);
- connaissaient une rechute ou des séquelles tardives (art. 21 al. 1 let. b LAA).



Autrement dit, une fois à la retraite, une personne avec une invalidité partielle du fait d'un accident devait se tourner vers sa caisse-maladie pour obtenir le financement de ses thérapies médicales. Une exception était accordée aux personnes en âge AVS qui continuaient à travailler. Or, il est bien connu que le régime de l'assurance-maladie de base entraîne des coûts supplémentaires sous la forme d'une participation aux frais médicaux (quote-part, franchise). Cette participation de la personne assurée est inexistante dans l'assurance-accidents.

Pratique discriminatoire

Confronté à cette situation fort intéressante sur le plan légal et prenant également appui sur la littérature juridique, l'ICJ de l'ASP a rendu l'avis suivant:

Une décision viole le principe de l'égalité de traitement, consacré à l'art. 8 al. 1 de la Constitution fédérale, lorsqu'elle fait des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable. En l'occurrence, avec sa pratique, l'assurance-accidents traite différemment, sans motif objectif, les personnes assurées partiellement invalides et celles entièrement invalides, ainsi que les personnes couvertes en raison d'un risque «accident» et celles couvertes en raison d'une «maladie professionnelle».

Premièrement, on ne saurait retenir que cette distinction est justifiée par le principe selon lequel l'assurance-accidents verserait uniquement des prestations à des personnes actives professionnellement. En effet, les prestations d'assurance continuent d'être versées aux personnes retraitées; il en va ainsi des personnes atteintes de maladies professionnelles ou d'invalidité totale.

Deuxièmement, le critère de l'intégration sur le marché du travail ne fonde pas non plus un critère de distinction valable. Ce critère n'est pas pertinent, puisque les personnes assurées en raison d'une maladie professionnelle ou qui sont totalement invalides bénéficient des prestations, sans égard à leur intégration dans le marché du travail.

En résumé, la distinction opérée par l'assurance-accidents n'est pas fondée sur des motifs objectifs et, partant, est discriminatoire. Tel est l'avis l'Institut de conseils juridiques de l'ASP.

En parallèle de cette affaire traitée par l'Institut de conseils juridiques, le Tribunal fédéral a eu très récemment l'occasion de s'exprimer sur une affaire similaire, rendant fin 2023 une jurisprudence très appréciée, puisqu'elle met fin à une pratique discriminatoire (référence précitée).

Le Tribunal fédéral a examiné la disposition légale de l'art. 21 LAA sous toutes ses coutures. Il a d'abord analysé le texte de cette disposition, puis la volonté recherchée par la législatrice, la place de cette disposition dans la logique de la loi et enfin le sens et le but de cette disposition. Cette analyse approfondie a conduit le Tribunal fédéral à juger qu'une limitation des prestations dans le temps en fonction de l'âge (âge AVS) pour les bénéficiaires de rente partiellement invalides n'était pas conforme à la loi. Selon lui, «il n'y a ainsi pas de raison de répercuter sur l'assurance-maladie le remboursement des frais causés par un accident dans le cas de bénéficiaires de rente partiellement invalides à partir de l'âge de la retraite» (cf. communiqué de presse du TF du 26 octobre 2023).

Grâce à cette nouvelle jurisprudence, Monsieur X. verra ses thérapies médicales prises en charge par l'assurance-accidents, qui a déjà reconsidéré sa décision en sa faveur.

Et si la personne concernée ne bénéficie pas d'une rente?

L'Institut de conseils juridiques a malheureusement dû constater que cette disposition de l'art. 21 LAA posait d'autres problèmes. En effet, cet article ne prévoit la prise en charge des traitements médicaux que si la personne est au bénéfice d'une rente de l'assurance-accidents.

Ceci conduit à un résultat dérangeant, comme c'est le cas de Madame Y. : Celle-ci a eu un grave accident ayant entraîné une lésion médullaire incomplète. Elle est piétonne, a une activité professionnelle à raison de 100 %, mais doit faire de la physio-

thérapie et des contrôles annuels (urologie, etc.) pour éviter une péjoration notable de sa capacité de travail. Elle ne perçoit aucune rente d'invalidité. Il est incontesté que la physiothérapie et les contrôles annuels résultent de l'atteinte à la moëlle épinière, elle-même en causalité avec l'accident.

Spontanément, il paraîtrait logique que Madame Y. puisse bénéficier de la prise en charge de ce traitement médical par l'assurance-accidents qui couvre les séquelles de cet accident. Or, tel n'est pas le cas actuellement, au vu de l'art. 21 LAA et de la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 8C_191/2011).

On peut se demander en quoi la rente est un critère pertinent pour nier le droit à la prise en charge des traitements médicaux, si ceux-ci sont en lien de causalité avec l'accident assuré. Malheureusement, à la différence du cas de Monsieur X., le texte de l'art. 21 LAA ne laisse aucune marge d'interprétation différente, du moins au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral. La voie politique est la voie pour remédier à cette inégalité.

À noter que, dans une telle constellation celle de Madame Y., l'assurance-accidents doit prendre en charge les moyens auxiliaires, qui, eux, ne sont pas concernés par cette limitation (8C_126/2017).

Conclusion

La jurisprudence du Tribunal fédéral confirmant le maintien de la prise en charge par l'assurance-accidents du traitement médical en âge AVS est réjouissante. Elle a des conséquences financières positives sur les personnes assurées en âge AVS, qui ne doivent pas participer aux coûts de ces traitements par la quote-part et la franchise, si les conditions légales sont remplies. Cette bonne nouvelle mérite bien un article pour commencer l'année 2024!



Informations
Tribunal fédéral
www.bger.ch