

## **GE\_GERICHTE ATAS/220/2012 vom 5. März 2012**

GE Cour de justice, 2012-03-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_220\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_220_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/220/2012 du 5 mars 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/220/2012 del 5 marzo 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er 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.

#### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

#### **E. 3**

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

#### **E. 4**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des soins à domicile dès le 1er mars 2011.

#### **E. 5**

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 8C\_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3).

#### **E. 6**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir 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); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le

dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

A/2796/2011 - 10/15 - La prise en charge du traitement médical est octroyée aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré et cesse dès la naissance du droit à la rente, conformément à l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 116 V 41 consid. 2c ; ATFA U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). L'art. 21 al. 1 let. d LAA dispose que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire 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. Cette disposition concerne les assurés qui, comme le recourant, sont totalement invalides et 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 (ATFA U 201/02 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

## **E. 7**

En vertu de l'art. 10 al. 3 LAA, 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. Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation de compétence en édictant l'art. 18 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202). Selon l'al. 1 de cette disposition, l'assuré a droit aux soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne ou une organisation autorisées, conformément aux art. 49 et 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]). L'al. 2 prévoit que l'assureur peut, à titre exceptionnel, participer aux frais qui résultent des soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Les soins à domicile comprennent d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin. Ils comprennent également les soins médicaux au sens de soins infirmiers, sans action thérapeutique mais qui sont toutefois indispensables au maintien de l'état de santé. Il s'agit en particulier des mesures médicales au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, qui maintiennent, soutiennent, assurent ou remplacent pour ainsi dire les fonctions organiques vitales. Une troisième forme de soins à domicile est constituée par les soins non médicaux, soit aussi bien l'aide personnelle fournie à l'intéressé pour les actes ordinaires de la vie (soins corporels, nourriture, par exemple) que l'aide dans l'environnement de l'assuré (par exemple, tenue du ménage). L'assureur-accidents n'est tenu à prestations que dans la mesure où il s'agit d'un traitement médical ou de soins médicaux au sens de l'art. 10 al. 1 LAA, soit pour les soins à domicile au sens des deux premières catégories précitées (ATFA U 213/02 du 18 août 2003, consid. 2.2). Les assureurs sociaux ne doivent pas intervenir pour l'ensemble des soins à domicile mais uniquement pour ceux pour lesquels les dispositions légales topiques

A/2796/2011 - 11/15 - leur imposent le versement d'une prestation (ATF 116 V 41 consid. 5b et les références citées). Comme cela ressort des dispositions légales précitées, en matière d'assurance-accidents, l'obligation de verser des prestations est clairement limitée par l'art. 18 al. 1 OLAA aux soins à domicile prescrits par un médecin. Cela signifie que seuls le traitement thérapeutique et les soins médicaux doivent être pris en charge. On ne saurait en effet parler de prescription médicale que lorsqu'il s'agit de mesures ayant un

caractère médical; des soins non médicaux ne sont, par nature, pas subordonnés à une indication médicale (ATF U 188/02 du 14 mars 2003, consid. 2.2).

## **E. 8**

Il convient de déterminer si la prise en charge des soins médicaux par l'intimée est conforme aux dispositions exposées ci-dessus. a) L'enquête du 26 janvier 2011 retient que les gestes suivants ne peuvent être considérés comme des soins prescrits médicalement : brossage de dents, douche, séchage, transferts du fauteuil au lit et du lit au fauteuil, habillage et déshabillage, petite toilette, positionnement et mise en charge du fauteuil roulant électrique, qui représentent 83 minutes quotidiennes. L'intimée a accordé au recourant des prestations ne couvrant que partiellement ces soins, tout en alléguant qu'elle n'y était pas contrainte car l'art. 18 al. 2 OLAA, visant la prise en charge des soins à domicile prodigués par une personne non autorisée, est une norme potestative. S'il est vrai que la jurisprudence considère que les prestations octroyées en vertu de cette disposition relèvent du pouvoir d'appréciation de l'assureur-accidents (ATF 116 V 41 consid. 7c), il ne s'agit pas en l'espèce d'un cas d'application de cet article dès lors que tant les soins médicaux du recourant que l'assistance dans les actes ordinaires de la vie lui sont dispensés par des infirmières et des organisations d'aide à domicile, soit des personnes autorisées au sens des art. 49 et 51 OAMal. Cependant, il convient de souligner que se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette (soins du corps), aller aux toilettes, se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sont considérés comme des actes ordinaires de la vie (ATF 121 V 88 consid. 3a). Or, si une aide est indispensable pour accomplir ces actes, elle donne droit à une allocation pour impotent aux conditions prévues à l'art. 38 OLAA mais ne relève pas de soins médicaux au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a nié un droit à la prise en charge complète de l'aide fournie pour ces gestes, que le versement d'une allocation pour impotent est destiné à couvrir. Si la Cour de céans est consciente des difficultés financières que peut entraîner pour le recourant la décision de l'intimée de ne pas prendre en charge l'ensemble des prestations d'aide dont il a besoin, il faut néanmoins rappeler que le droit des assurances sociales est régi par le principe de la légalité. Cela 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,

A/2796/2011 - 12/15 - p. 88 nn. 19 et 20). Or, en octroyant des prestations couvrant des activités qui ne relèvent pas des soins médicaux à raison de 39 minutes par jour, l'intimée est déjà allée au-delà de ses obligations légales. b) S'agissant des soins médicaux, la Cour de céans retient ce qui suit. Si l'on se réfère à l'inventaire des actes médicaux par l'infirmière du recourant, les soins médicaux dispensés par une infirmière représentent une moyenne par jour de 49 minutes, réparties comme suit : 20 minutes pour les soins liés à l'évacuation des selles, 15 minutes pour le changement de l'uriflac, le rasage et le pansement, 5 minutes pour la prévention d'escarres, 7.5 minutes pour la surveillance et l'aide dans la prise du traitement, et 1.5 minute pour le changement de la sonde sous-pubienne, nécessaire toutes les six semaines. La durée des soins médicaux assurés le matin par une aide-soignante est quant à elle de 7.5 minutes en moyenne par jour, et comprend des soins de prévention des escarres durant 5 minutes et le changement d'uriflac, représentant 2.5 minutes. Quant aux soins médicaux du soir, toujours dispensés par une aide-soignante, ils durent 25 minutes et englobent la mise en place de l'uriflac de nuit pendant 5 minutes, la prévention des escarres

à raison de 5 minutes, et l'installation dans le lit dans une position anti-escarres (15 minutes). Selon les indications de l'infirmière, les soins médicaux représentent donc une moyenne quotidienne de 81.5 minutes. La Cour de céans relève par ailleurs qu'en additionnant les durées de chaque geste consigné dans le formulaire d'évaluation du

### **E. 13**

mai 2011 rempli par Madame V \_\_\_\_\_, y compris les activités non médicales tels que les transferts et la toilette, on aboutit à une durée totale est de 2h30 pour les infirmières le matin, d'1h25 pour les aide-soignantes le matin et de 35 minutes le soir. Or, ces durées sont sensiblement inférieures aux temps annoncés par l'infirmière dans son courrier du 16 mai 2011, dans lequel elle fait état d'une durée d'intervention totale de trois heures le matin pour les infirmières, d'1h30 le matin et d'une heure le soir pour les aides-soignantes. Les indications de Madame V \_\_\_\_\_ sont dès lors pour le moins contradictoires, de sorte qu'on ne peut s'y fier. L'évaluation de la durée des soins médicaux par l'intimée s'avère au demeurant plus favorable au recourant que celle ressortant du formulaire d'évaluation rempli par l'infirmière, et il n'existe aucun motif de s'en écarter. La décision de l'intimée doit ainsi également être confirmée en tant qu'elle porte sur la durée des soins médicaux à prendre en charge. c) Bien que le taux horaire retenu par l'intimée pour la rémunération des soins médicaux ne soit pas expressément contesté, il sied de noter que l'art. 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31) prévoit que les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins sur prescription médicale par des infirmiers ou des organisations de soins et d'aide à domicile comprennent notamment l'évaluation, les conseils et la coordination (al. 2 let. a), les examens et traitements tels que la pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés (al. 2 let. b ch. 5), la préparation et l'administration de médicaments ainsi que la

A/2796/2011 - 13/15 - documentation des activités qui leur sont associées, (al. 2 let. b ch. 7), le rinçage, le nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) (al. 2 let. b ch. 10), les soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale (al. 2 let. b ch. 11), ainsi que les soins de base comprenant les soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement, aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter (al. 2 let. c ch. 1). L'art. 7a OPAS prévoit que la rémunération horaire est de 65 fr. 40 pour les prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. b, et de 54 fr. 60 pour les soins visés à l'art. 7 al. 2 let. c. Le taux horaire de 65 fr. 40 appliqué par l'intimée pour la rétribution de l'ensemble des soins médicaux correspondant au montant le plus élevé prévu par l'art. 7a OPAS, il ne prête pas flanc à la critique. 9. Le recourant requiert l'audition de son médecin traitant et de Madame V \_\_\_\_\_. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich

2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, l'enquête de l'intimée tient compte de tous les soins médicaux recensés par l'infirmière et ni le Dr U \_\_\_\_\_ ni l'infirmière du recourant n'ont fait état d'autres besoins médicaux que l'intimée aurait ignorés, et les autres arguments avancés par l'infirmière dans son courrier du 16 mai 2011 se bornent à remettre en cause l'opportunité de la décision de l'intimée. Partant, l'audition de Madame V \_\_\_\_\_ et du médecin traitant s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves. 10. Le recourant invoque en outre le principe de protection de la bonne foi, en affirmant que l'intimée l'a violé en rendant la décision litigieuse après avoir pris en charge l'intégralité des factures afférentes aux soins à domicile durant des années. Le principe de la bonne foi découle directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale (Cst; RS 101) et 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 le concernant (ATF 130 I 26, consid. 8.1). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un

A/2796/2011 - 14/15 - administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, aux cinq conditions suivantes: l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, elle a agi ou est censée avoir agi dans les limites de ses compétences, l'administré ne pouvait pas se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore que ce dernier se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1; ATF 2C\_99/2010 du 6 septembre 2010, consid. 4.1 et 4.2.2). Force est de constater en l'espèce que l'intimée n'a jamais donné d'assurance particulière au recourant sur la pérennité de la prise en charge des soins à domicile. Les conditions de la protection de la bonne foi ne sont dès lors pas réalisées. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/2796/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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