

## **GE\_GERICHTE A/426/2006 vom 12. März 2007**

GE Cour de justice, 2007-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_426\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_426_2006)

FR: GE\_GERICHTE A/426/2006 du 12 mars 2007

IT: GE\_GERICHTE A/426/2006 del 12 marzo 2007

### **Regeste**

SOINS MÉDICAUX; ACTE ORDINAIRE DE LA VIE; IMPOTENCE; ALLOCATION POUR IMPOTENT; AIDE D'AUTRUI; LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS; AA; PERSONNEL INFIRMIER ; SOINS À DOMICILE | LAA21; OLAA18

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGa).

#### **E. 5**

Selon l'art. 49 al. 4 LPGa, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes droits que l'assuré. Ainsi la qualité pour recourir de la caisse-maladie doit-elle être admise.

#### **E. 6**

a) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si les soins prodigués à l'assuré par l'ASPAH sont des soins médicaux qui entreraient sous le coup des art. 21 al. 1 let. d LAA et 18 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) ou si ces soins relèvent des actes de la vie ordinaire, qui sont couverts par l'allocation pour impotent versée à l'assuré. b) 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: a) 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; b) aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c) au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital; d) aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e) aux moyens et appareils servant à la guérison. Cependant, en vertu de l'art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase LAA, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente. 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-elles

selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA (traitement médical après la fixation de la rente), un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition. Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais 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. On vise ici 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 (MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 384). 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 57 consid. 4 et l'arrêt cité). c) Selon 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. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 18 OLAA relatif aux soins à domicile. Selon 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 du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal). L'assureur peut, à titre exceptionnel, participer aux frais qui résultent des soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Dans un arrêt paru aux ATF 116 V 41, notamment 47 consid. 5, le TFA a déjà eu l'occasion de préciser ce qu'il y avait lieu d'entendre par soins à domicile au sens de ces dispositions (ATF 116 V 47 consid. 5). Cette notion englobe d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin. Elle comprend 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) (ATF 116 V 47 consid. 5a). Les assureurs sociaux ne doivent pas intervenir pour l'ensemble des soins à domicile mais uniquement pour ceux pour lesquels la loi ou l'ordonnance qu'ils appliquent leur impose le versement d'une prestation. Ainsi, en matière d'assurance-accidents, l'obligation de l'assureur de verser des prestations pour soins à domicile est clairement réglée par l'art. 18 OLAA. Cette disposition oblige au versement de prestations pour les "soins à domicile prescrits par un médecin" (al. 1er). Il en découle que l'obligation de prêter doit être limitée au traitement thérapeutique et aux soins médicaux. 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. Une prescription médicale formelle n'est toutefois pas nécessaire; il suffit que les mesures médicales qui doivent être appliquées à la maison soient médicalement indiquées (ATF 116 V 48 consid. 5b et c). d) Aux termes de l'art. 38 al. 2 OLAA, l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et important d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

Selon la jurisprudence du TFA, les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines : - se vêtir, se dévêtir - se lever, s'asseoir, se coucher - manger - faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher) - aller aux toilettes (se rhabiller) - hygiène corporelle/vérification de la propreté (façon inhabituelle d'aller aux toilettes) - se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ses fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 ). Que l'accomplissement des actes de la vie soit plus ardu ou plus long ne suffit en principe pas à justifier un cas d'impotence (RCC 1989 p. 228 ; 1986 p. 507).

#### **E. 7**

En l'occurrence, les soins prodigués dans le cadre de l'ASPAH le sont par des aides-soignantes. A aucun moment n'intervient de médecin ou d'infirmier. Dans son courrier du 8 novembre 2006, l'ASPAH relève que les types de soins apportés à l'assuré sont les suivants : aide au lever, aide à la toilette, transfert du lit à la chaise. Selon la description manuscrite jointe à ce courrier, les soins donnés sont les suivants : vérification de l'Uriflac; lavage du haut; habillage du haut; bain : enlever le condom et laver l'assuré selon ses habitudes, le sécher, mettre le condom (explications détaillées pour la mise en place du condom), habiller le bas; lit: changement des draps. Il n'apparaît pas au terme de cette description que les soins prodigués par des aides-soignantes aient un caractère médical quelconque. Il relèvent au contraire des actes ordinaires de la vie, tels que prévus par la jurisprudence susmentionnée concernant les allocations pour impotent, et le fait qu'ils soient prodigués dans le cadre d'une organisation autorisée, conformément aux art. 49 et 51 OAMal, ne change rien à leur qualification. Bien que, comme tous les actes ordinaires de la vie, ils soient indispensables à l'assuré, ces soins n'entrent pas sous la notion de mesures médicales au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA ni sous celle de soins à domicile prescrits par un médecin de l'art. 18 OLAA, ceci, puisqu'ils ne présentent aucun caractère médical et peuvent être accomplis par des personnes non formées. Aussi le Tribunal de céans constate-t-il que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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