

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 217 vom 2. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__217

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 217 du 2 juin 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 217 del 2 giugno 2022

Regeste

SOINS À DOMICILE | 10 al. 3 LAA, 18 al. 2 let. b OLAA, 7 al. 2 OPAS

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit à la prise en charge de soins non médicaux à domicile entre le 21 août 2020 et le 8 mars 2021 ainsi que sur le droit au défraiement du temps consacré à l'accompagnement du recourant à ses séances de physiothérapie.

E. 2.1

Sont nécessaires au sens des dispositions de la loi et de l'ordonnance (...) • les frais de voyage jusque chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de traiter le problème médical, ainsi que • l'utilisation du moyen de transport adapté à la gravité de la blessure subie. (...) ”

E. 3

a) 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 que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 18 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) relatif aux soins à domicile. Selon l'art. 18 al. 2 let. b OLAA, l'assureur participe aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26. Les soins non médicaux consistent aussi bien en l'aide personnelle fournie à l'assuré pour les actes ordinaires de la vie (soins corporels, habillage et déshabillage, alimentation; cf. la notion de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS) que l'aide dans l'environnement de l'assuré (par la tenue du ménage ou l'exécution d'autres tâches courantes; ATF 116 V 41 consid. 5a p. 47; cf. aussi arrêt U 188/02 du 14 mars 2003 consid. 2.2; Hardy Landolt, Unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung nach Inkrafttreten der Teilrevision, in: Pflegerecht - Pflegewissenschaft 2017 p. 130-139, spéc. p. 133 s. et 136 s.). La Commission ad hoc sinistres LAA (dans laquelle plusieurs assureurs LAA privés, des caisses-maladie pratiquant l'assurance-accidents obligatoire ainsi que la CNA sont représentés) a été créée en 1984 afin que les divers organismes appliquent la LAA de façon uniforme. Elle émet dans ce but des recommandations (consultables sur le site www.svv.ch), qui sont publiées avec l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). C'est ainsi qu'elle a établi à l'intention des assureurs-accidents une recommandation pour l'application de l'art. 10 al. 3 LAA (Recommandation N° 7/90 intitulée « Aide et soins à domicile », du 27 novembre 1990, révisée le 23 juin 2017). Il convient cependant d'emblée de rappeler que les recommandations de la Commission ad hoc sinistres LAA ne

sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi; elles ne créent pas de nouvelles règles de droit; même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 139 I 457 consid. 4.2 p. 460 s.; ATF 134 V 277 consid. 3.5 p. 283 et les références citées). b) Les soins non médicaux à domicile peuvent être dispensés aussi bien par une personne ou une organisation autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA que par une personne ou une organisation non autorisée au sens de l'art. 18 al. 2 let. a OLAA. En ce qui concerne l'étendue de la participation de l'assureur, elle peut être fixée sur la base des coûts occasionnés par le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail. La Commission ad hoc sinistres LAA propose de calculer le tarif horaire en se référant au tableau 1 LSE actualisé (T1 skill level), position 86-88 (santé et affaires sociales, niveau de compétences 1 (Recommandation N° 7/90 précitée, ch. 2.3). Dans la mesure où l'assureur ne doit participer aux soins non médicaux à domicile qu'à condition que ceux-ci ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA, il y a lieu d'examiner concrètement pour chaque acte de soin si et dans quelle mesure il entre dans l'aide ou la surveillance couvertes par l'allocation pour impotent (ATF 147 V 35 consid. 5.2.3 et références citées). c) L'obligation de réduire le dommage ne figure pas en tant que telle dans la LPGA, sous réserve de l'art. 21 al. 4 LPGA sans pertinence en l'espèce. L'obligation de réduire le dommage s'impose cependant en tant que principe général de rang législatif, même si elle ne figure pas expressément dans la loi (ATF 114 V 281 ; ATF 111 V 235 ; ATF 105 V 176 ; Maurer/Scartazzini/Hürzeler , p. 54 ; Riemer-Kafka , Selbst-verantwortung, p. 254 ; Landolt , Auswirkungen der 5. IVG-Revision, p. 218). Dans le domaine des assurances sociales, le devoir de limiter autant que possible les conséquences du risque assuré est au demeurant reconnu (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28).

E. 4

a) En l'espèce, l'absence d'allocation d'impotence ou de demande en ce sens entraîne pour corollaire que n'a pas à être examinée la question de savoir si les soins non médicaux litigieux sont couverts par dite allocation. Par ailleurs, le Tribunal fédéral exclut clairement de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA la prise en charge de l'aide pour les déplacements à l'extérieur puisque par définition, il ne s'agit pas de soins prodigués à domicile (ATF 147 V 35 consid. 5.2.2 et 5.2.2.1 ; TF 8C_81/2021 du 27 octobre 2021 consid. 6.2.4 et 6.2.5). Enfin, les prétentions du recourant ne portent pas sur la tenue du ménage. b) En l'occurrence, le recourant réclame une contribution pour l'aide non médicale apportée à domicile par son épouse pour la période du 21 août 2020 au 8 mars 2021, singulièrement pour son hygiène corporelle, son alimentation ainsi que pour se vêtir ou se dévêtir, actes correspondant aux soins de base mentionnés à l'art. 7al. 2 let. c in fine OPAS. Il est d'avis que les soins prodigués par son épouse excèdent l'aide exigible d'un membre de la famille, se référant sur ce point à la liste établie par l'intéressée le 24 janvier 2021, qui mentionne la douche, l'habillage, la préparation du petit déjeuner, le « schéma WC », la préparation des repas de midi et soir, la mise en assiette prête pour la mise en bouche et le déshabillage. Pour le recourant, il ne fait aucun doute que depuis l'accident jusqu'à l'opération du 2 novembre 2020, il n'était pas en mesure d'utiliser son bras droit. Par la suite, il affirme avoir eu besoin au quotidien de soins non médicaux à domicile jusqu'au début février 2021 au moins en raison d'une immobilisation de quatre mois en post-opératoire. Il n'avait commencé à pouvoir enlever son gilet orthopédique qu'au début mars 2021, avait retrouvé un peu d'autonomie tout en ayant encore besoin d'aide pour accomplir certains actes de la vie quotidienne. c) Il convient de rappeler que le 21 août 2020, le recourant a chuté de sa

hauteur avec réception sur l'épaule droite. Le diagnostic initial de luxation de la glène humérale antérieure droite a été retenu en l'absence de fracture associée. L'épaule droite a été réduite, avec prescription du port d'un gilet orthopédique ainsi que de physiothérapie. L'arthro-IRM de l'épaule droite du 25 septembre 2020 a notamment mis en évidence une déchirure complète du tendon du muscle supra-épineux, un tendon du long chef du biceps bicapital continu mais luxé antérieurement en raison d'une désinsertion complète du tendon du muscle sous-scapulaire. Au vu de la persistance des douleurs, l'intéressé a subi, le 2 novembre 2020, une arthroscopie de la coiffe de l'épaule droite. d) En premier lieu, il apparaît qu'aucun soin de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS in fine n'a été expressément prescrit par un médecin, le Dr R. _____ ne faisant que déduire du port du gilet orthopédique un besoin d'aide pour les gestes simples du quotidien (cf certificat du 4 décembre 2020). Celui-ci ne soutient en particulier pas que le port du gilet s'imposait en permanence, ni que la nature des lésions excluait la mobilisation, à tout le moins partielle et occasionnelle, du membre supérieur droit. Au demeurant, aucun document d'ordre médical n'atteste d'une perte complète de l'usage du membre supérieur droit ni avant, ni après l'opération de l'automne 2020. Le Dr R. _____ fait uniquement part, au terme de sa consultation du 16 septembre 2020, de la persistance de douleurs et d'un retard de la rééducation, en raison de la mobilisation de l'épaule droite quasi impossible, même en passif. Il ne mentionne cependant pas d'atteinte ou de limitation des autres articulations du membre supérieur droit. Selon le protocole opératoire du 2 novembre 2020 ainsi que le rapport de sortie du 6 novembre 2020, les suites de l'intervention étaient simples et, lors de la sortie de l'hôpital, les cicatrices étaient calmes, avec l'ablation des sutures strips prévue à dix jours post opératoire. Le médecin opérateur recommandait la poursuite de la physiothérapie ambulatoire et des exercices à domicile, tendant à mobiliser l'épaule droite, ont été enseignés à l'assuré déjà dans le décours de l'opération de novembre 2020. e) Le recourant ne soutient pas que son bras droit a été immobilisé en permanence par le port du gilet orthopédique depuis l'accident et durant quatre mois depuis l'opération de novembre 2020. Au contraire, outre la prescription régulière de séances de physiothérapie, impliquant a priori l'enlèvement du gilet et une mobilisation du membre supérieur droit, le recourant a lui-même déclaré, le 4 février 2021, qu'il portait le gilet à l'extérieur de la maison et la nuit pour dormir et le retirait quand il était tranquille à la maison. f) En présence d'une atteinte orthopédique limitée à l'épaule droite, d'une mobilité préservée du coude et de la main droite ainsi que du membre supérieur gauche, l'obligation de réduire le dommage permet d'imposer au recourant le port de vêtements adaptés tant au gilet orthopédique qu'à la limitation fonctionnelle de l'épaule droite, la nécessité d'une aide pour les mettre ou les enlever se réduisant à l'évidence tout au plus à quelques minutes quotidiennes, principalement matin et soir, ce qui est exigible au titre de soutien familial et n'est pas présumé entraîner un dommage matériel (cf. Recommandation N° 7/90 précitée, ch. 2.3 in fine). S'agissant de l'hygiène corporelle, il apparaît que la douche était autorisée, ce qui suppose notoirement une aide exclusivement pour la pose d'une protection imperméable, soit une assistance vraisemblablement de très courte durée, également exigible dans le cadre familial. Un accompagnement ne s'avère pas non plus nécessaire pour aller aux toilettes : à défaut de présenter une incontinence résultant de sa chute impliquant des soins particuliers ou l'observation d'une hygiène spécifique pour l'évacuation des selles et des urines, on ne voit pas que la seule limitation fonctionnelle relative à l'épaule droite puisse empêcher l'assuré d'aller et d'utiliser les toilettes de manière convenable. S'agissant de la préparation des repas et la mise en assiette prête pour la mise en bouche, il convient de rappeler que la

préparation des repas, qui ne constitue pas un soin, n'a pas à être indemnisée dans le cadre de l'assurance-accidents. L'obligation de réduire le dommage, respectivement le soutien familial exigible, permettent de considérer dans le cas d'espèce qu'il n'existe pas de dommage à proprement parler donnant matière à indemnisation s'agissant de l'aide pour s'alimenter. Au demeurant, à lire le recourant, une telle aide est restreinte au seul acte de couper la nourriture dure, lequel n'est ni constant, ni chronophage. g) En résumé, les quelques minutes résiduelles d'aide quotidienne apportée par l'épouse du recourant ne justifient pas une participation financière de l'intimée aux soins non médicaux, eu égard à l'obligation de réduire le dommage et à l'obligation d'assistance entre époux. Le recourant n'allègue par ailleurs pas une perte de gain subie par son épouse en raison de cette aide. En définitive, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de servir les prestations requises par le recourant au titre de l'aide non médicale prodiguée à domicile par sa femme au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA, et n'a pas donné suite aux mesures d'instruction complémentaires requises.

E. 5

a) Le recourant prétend encore à l'indemnisation du temps consacré par son épouse pour le conduire à ses séances de physiothérapie de même qu'à l'attendre pendant ces séances. b) Selon l'art. 13 al. 1 LAA, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires. L'art. 20 al. 1 OLAA (ordonnance du 19 décembre 1983 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) précise que les frais nécessaires de sauvetage et de dégagement, ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport sont remboursés, d'autres frais de voyage et de transport étant remboursés lorsque les liens familiaux le justifient. L'art. 13 al. 1 LAA, qui ne permet que le remboursement des frais de voyage « nécessaires », s'inscrit dans le cadre de l'obligation générale de diminuer le dommage (cf consid. 3c ci-dessus). L'art. 48 al. 1 LAA dispose que l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est, d'une part, qu'il est tenu d'allouer des prestations pour des lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA ; ATF 118 V 286) et, d'autre part, qu'il est en droit de refuser des prestations pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 171 consid. 1b et les arrêts cités). Dans la mesure où l'assureur-accidents exerce le contrôle sur le traitement, il conserve également le contrôle de son accessoire que sont les frais de voyage entre le domicile et le fournisseur de prestations. Il ne peut certes pas porter atteinte au principe du libre choix du médecin. En revanche, sur la base de l'obligation de réduire le dommage, un refus de prise en charge de frais de voyage est admissible s'agissant d'un assuré suivant le traitement médicalement nécessaire en un endroit éloigné de son domicile alors que les infrastructures médicales offrant une prise en charge tout aussi appropriée existent à proximité. c) La commission ad hoc sinistres LAA a édicté le 29 juin 1994 la recommandation n° 1/94, intitulée « Remboursement de frais (frais de sauvetage, de dégagement, de voyages et de transport, frais de logement et entretien) ». Dans sa teneur en vigueur ensuite de la révision du 29 juin 2009, cette recommandation dispose notamment ceci : “ (...) 1. En vertu de l'art. 20 al. 1 OLAA on doit rembourser : 1.2 Les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport ainsi que d'autres frais de voyage et de transport lorsque les liens familiaux le justifient. Lorsque l'assuré se déplace de manière indépendante, utilise un moyen de transport, voire conduit lui-même un véhicule, nous parlons de frais de voyage. (...)”

E. 6

a) En l'occurrence, la CNA a pris en charge les frais de voyage du recourant entre son domicile de [...] et le cabinet de sa physiothérapeute à [...], sous la forme du remboursement des kilomètres effectués en voiture. Elle a accepté à titre exceptionnel cette prise en charge, nonobstant l'existence de plusieurs cabinets de physiothérapie à [...] même. b) Certes, à teneur de l'art. 10 al. 2 LAA, l'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie ou l'établissement hospitalier dans lequel il veut se faire soigner. Ce droit fondamental de l'assuré n'est pas contesté en l'espèce : l'assuré a pu librement choisir de se faire traiter par sa physiothérapeute à [...] et l'intimée a pris en charge les notes d'honoraires de celle-ci. La question du choix du physiothérapeute et celle du remboursement des frais de voyage au sens de l'art. 13 LAA sont toutefois des problématiques distinctes. Le droit de librement choisir son thérapeute n'implique en effet pas celui d'obtenir le remboursement des frais de voyage pour se rendre à son cabinet. Les art. 13 al. 1 LAA et 20 OLAA sont clairs à cet égard : les frais de voyage ne peuvent être mis à charge de l'assureur-accidents que dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires. Or, ne sont pas médicalement nécessaires les déplacements pour se rendre au cabinet d'un praticien éloigné de son domicile si un traitement approprié peut être dispensé à proximité de son domicile. Si, dans cette hypothèse, le patient préfère consulter un praticien éloigné de chez lui, il reste libre de le faire, mais il ne peut prétendre que les déplacements étaient médicalement nécessaires, puisque des soins adéquats pouvaient être dispensés dans un environnement proche, sans déplacements conséquents. Pour ce seul motif, le recourant ne peut prétendre à l'indemnisation du temps consacré par son épouse à l'accompagner chez sa physiothérapeute. A cela s'ajoute que les localités de [...] et [...] sont desservies par les transports publics, que le trajet simple course s'effectue en moins d'une heure et qu'il est notoire qu'une atteinte à une épaule n'entrave pas l'accessibilité aux transports publics. Le recourant ne peut donc prétendre à une indemnisation pour le temps consacré par son épouse à le conduire et à l'attendre pendant ses séances de physiothérapie.

E. 7

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA).