

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
U 188/02

Arrêt du 14 mars 2003
IVe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Rüedi et Ferrari. Greffière : Mme Moser-Szeless

Parties

K. _____, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat, FSIH, place du Grand-Saint-Jean 1, 1003 Lausanne,

contre

La Suisse, Société d'assurances contre les accidents, avenue de Rumine 13, 1005 Lausanne, intimée

Instance précédente
Tribunal des assurances du canton de Vaud, Lausanne

(Jugement du 8 avril 2002)

Faits :

A.

A la suite d'un accident survenu le 16 mars 1992, K. _____ est atteint de tétraplégie. Il est au bénéfice, notamment, d'une rente d'invalidité ainsi que d'une allocation pour impotence grave, versées par la Suisse, Société d'assurances contre les accidents (la Suisse).

Dans le courant de l'année 1999, l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile (APROMAD) a adressé à la Suisse diverses factures pour les prestations à domicile qu'elle avait fournies à l'assuré; celle-ci les a prises en charge. Par lettre du 8 novembre 1999, l'assureur-accidents a toutefois informé APROMAD ainsi que son assuré qu'elle ne prendrait plus en charge ces factures à l'avenir, au motif qu'il s'agissait de frais de personnel fournissant une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie qui étaient déjà pris en charge dans le cadre de l'allocation pour impotence versée à K. _____. Selon les explications d'APROMAD, ses prestations intitulées «soins de base» sur ses factures consistaient notamment en instruction et conseils, aide à la toilette et habillage; elle dispensait également, de temps en temps, un traitement d'ergothérapie.

Par décision du 13 octobre 2000 et décision sur opposition du 14 décembre 2000, la Suisse a signifié son refus de prise en charge des prestations d'APROMAD autres que celles justifiées d'ergothérapie.

B.

L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud qui l'a débouté par jugement du 8 avril 2002.

C.

K. _____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation. Il conclut au renvoi du dossier à la juridiction cantonale pour qu'elle «examine la question de savoir si une réduction du

montant des frais de soins à domicile tel que facturés par l'APROMAD est possible au regard de l'ATF 127 V 94, et si oui dans quelle mesure».

La Suisse conclut au rejet du recours avec suite de dépens. Pour sa part, l'Office fédéral des assurances sociales en propose également le rejet.

Considérant en droit :

1.

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, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). 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 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. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, n°61 p. 29). En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, 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 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).

En l'espèce, le recourant remplit les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 let. d LAA. Le litige porte dès lors sur l'étendue des prestations dues à ce titre par l'assureur-accidents.

2.

2.1 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. L'assureur peut, à titre exceptionnel, participer aux frais qui résultent des soins à domicile donnés par une personne non autorisée.

2.2 Dans un arrêt paru aux ATF 116 V 41, notamment 47 consid. 5, le Tribunal fédéral des assurances 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. Dans ce sens, les références du recourant à la LAMal et à ses ordonnances ne lui sont d'aucun secours. 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 prester 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). Dès lors, 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.

2.3 Dans le cas d'espèce et suivant les explications d'APROMAD, les soins à domicile qu'elle a prodigués sont à qualifier de soins non médicaux au sens de la jurisprudence précitée; il s'agit en effet de soins de base sans caractère médical (aide à la toilette, habillage), soit une aide pour les actes ordinaires de la vie, ainsi que, dans une moindre mesure, d'instructions et de conseils pour mettre en place les interventions liées à ces soins (cf. formulaire d'évaluation des prestations au titre de l'OPAS signé par le docteur C. _____ du 29 juin 2000). Dans ce sens, l'assureur-accidents est fondé à refuser leur prise en charge au sens de l'art. 18 OLAA. Il ne pourrait en aller différemment que pour des soins médicaux ou infirmiers qui ne sont pas en cause dans le cas particulier, dès lors que, comme on l'a vu, la prise en charge de mesures médicales par l'assureur-accidents ne fait pas obstacle au maintien du droit de l'assuré à une indemnité pour impotence grave. Il en serait de même par exemple de l'ergothérapie dont l'intimée a précisé qu'elle n'était pas concernée par la décision de refus.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 14 mars 2003

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la IVe Chambre: La Greffière: