

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
U 213/02

Arrêt du 18 août 2003
IVe Chambre

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

Parties
S._____, recourant, représenté par Me Pierre Gabus, avocat, boulevard des Philosophes 17, 1205 Genève,
contre

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Service juridique, Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne,
intimée

Instance précédente
Tribunal administratif de la République et canton de Genève, Genève

(Jugement du 4 juin 2002)

Faits:
A.

A la suite d'un accident survenu le 3 janvier 1995, S._____ 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 Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

La Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD), en collaboration avec la Coopérative de soins infirmiers (CSI), prodiguait à l'assuré des soins à raison de 80 heures par mois. Par lettre du 14 septembre 1998, la CNA a informé l'assistante sociale de ce dernier qu'elle prendrait dorénavant en charge les seuls soins médicaux à l'exclusion de l'aide apportée aux actes de la vie quotidienne et qu'à cette fin, le détail des prestations effectuées à domicile devait lui être communiqué. A la suite de cette correspondance et après discussion entre les intéressés, il a été convenu dans un premier temps que les prestataires de service fourniraient à la CNA un rapport détaillé de leurs prestations journalières à domicile de façon à lui permettre la détermination de celles qui relevaient des soins médicaux.

Par lettre du 27 janvier 1999, la FSASD a exposé que les soins étaient donnés à S._____ aussi bien par du personnel infirmier que par des aides familiales formées et qualifiées qui passaient à son domicile en principe trois fois par jour. La première visite du matin, à partir de 7 heures et d'une durée moyenne de 25 minutes, avait pour objet l'administration de médicaments et le positionnement. Lors de la deuxième visite faite à partir de 8 heures 30 et d'une durée moyenne de 90 minutes, étaient prodigués différents soins tels que vidange manuelle du rectum, traitement dermatologique, prévention d'escarres, soins des plaies si nécessaires, soins urinaires, ainsi que toilette, soins d'hygiène, habillage et installation pour la journée. Un troisième passage dès 21 heures et d'une durée d'une heure comportait, à raison d'un tiers, un examen et des soins et de deux tiers,

des soins de base consistant dans l'application de mesures d'hygiène et la préparation pour la nuit (cf. descriptif de la CSI du 15 février 1999). Pour fixer la proportion entre les soins infirmiers et les autres soins qu'elle considérait comme difficilement dissociables, la FSASD ajoutait que les infirmières pourraient partager les soins avec des aides qualifiées

- ce qui paraissait déjà être le cas selon sa lettre -, et leur déléguer le 40 % des soins, les infirmières assumant le 60 % restant.

Sur la base de ces explications, la CNA a considéré que les soins médicaux infirmiers représentaient le 60 % de l'ensemble des soins à domicile. Aussi a-t-elle fait part à l'assuré de son intention de prendre en charge le 60 % de ces prestations de soins à domicile. Cette proposition n'a pas été acceptée par S._____.

Poursuivant l'instruction, la CNA a délégué un inspecteur au domicile de l'assuré aux fins de procéder à une enquête sur le déroulement de sa journée. Un rapport détaillé de cette visite effectuée le 17 mai 2000 donne la description des différentes activités réalisées avec ou sans l'aide d'un tiers et évalue le temps qui leur est consacré. Selon ce rapport, les soins médicaux représentent en définitive 100 minutes par jour soit 50 heures par mois.

Se fondant sur les observations de son inspecteur, la CNA a, par décision du 17 juillet 2000, accepté la prise en charge mensuelle de 50 heures, à raison de 60 fr. l'heure, à titre de soins médicaux et infirmiers, soit un montant de 3'000 fr. L'opposition de S._____ a été rejetée par décision du 26 juin 2001.

B.

L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Genève (aujourd'hui, en matière d'assurances sociales : Tribunal cantonal des assurances sociales) qui l'a débouté par jugement du 4 juin 2002.

C.

S._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation. Sous suite de dépens, il conclut, principalement, à ce que la CNA soit astreinte à prendre en charge la totalité des frais facturés par la FSASD à titre de «soins de base» et d'«examens et soins», à l'exception des frais qui relèvent de la seule tenue du ménage; à titre subsidiaire, il requiert le renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour instruction complémentaire.

La CNA conclut implicitement au rejet du recours, alors que l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à déposer une détermination.

Interpellé par le juge délégué, le recourant a maintenu ses conclusions, la CNA ayant été informée de l'échange de correspondances.

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, 2ème 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. 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 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.

3.

Sans remettre en cause cette jurisprudence, confirmée au demeurant dans l'arrêt K. du 14 mars 2003, U 188/02, le recourant soutient pour l'essentiel qu'étant totalement dépendant, tous les soins qui lui sont prodigués à domicile, y compris les soins corporels permanents et ceux nécessaires pour les actes de la vie ordinaire, doivent, dans son cas, être considérés comme soins médicaux au sens de la disposition précitée de l'OLAA.

4.

En l'espèce, les prétentions à la prise en charge de la totalité des soins à domicile formulées par l'assuré, qui est d'ailleurs soutenu dans sa démarche par les prestataires de service, ne sont pas fondées comme l'ont considéré à juste titre les premiers juges. En effet, contrairement à la situation qui prévaut en matière d'assurance-maladie où les soins de base sont pris en charge (cf. art. 7 al. 2 let. c OPAS; ATF 127 V 94 au sujet de la coordination avec l'allocation pour impotence grave de l'AVS/AI), seuls les soins proprement médicaux et infirmiers à l'exclusion des autres soins comme l'aide pour les actes ordinaires de la vie et les soins corporels peuvent être pris en charge par l'assureur-accidents, aux conditions des art. 21 al. 1 LAA et 18 OLAA.

Dans cette mesure, les éléments de l'enquête à domicile correspondent pour l'essentiel aux descriptions détaillées fournies par la FSASD dans son rapport du 27 janvier 1999, complété par le descriptif du CSI du 15 février 1999. Par ailleurs, le temps utilisé par les intervenants pour les différentes activités, non contesté comme tel, doit être tenu pour correctement évalué. Après contrôle, il en résulte que, abstraction faite des soins à domicile non pris en charge par l'assureur-accidents, les soins infirmiers représentent cinq minutes lors de la première visite, 60 minutes lors de la deuxième et 15 minutes lors de la troisième. En tenant compte encore des interventions ponctuelles supplémentaires lorsque se posent des problèmes particuliers, l'évaluation de 100 minutes en moyenne par jour n'apparaît ainsi pas contestable. La décision litigieuse qui, compte tenu d'un tarif horaire de 60 fr. l'heure, fixe à 3'000 fr. par mois le montant de la prise en charge des soins infirmiers n'est dès lors par critiquable.

5.

Le recourant fait encore valoir que le tarif des prestataires de soins a été modifié dès le 1er janvier 2001, de même que l'horaire des interventions à domicile à partir d'automne 2001. Ces changements n'ont pas été pris en compte par l'intimée dans la mesure où ils ont eu lieu après qu'elle a rendu sa décision initiale le 17 juillet 2000. Le montant de la prise en charge doit toutefois être adapté à cette nouvelle situation, ce qu'il incombera à l'intimée de faire.

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 cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 18 août 2003

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la IV^e Chambre: La Greffière: