

JURISPRUDENCE

Financement des soins par l'assurance-accidents

Explication du financement de l'aide et des soins à domicile par les assurances-accidents, à la lumière de la dernière jurisprudence du Tribunal fédéral.

Sandra Rodriguez, MLaw, avocate/Michael Bütikofer, MLaw, avocat et notaire

Depuis quelque temps, la question du financement par les assurances-accidents des coûts des soins de base dispensés au domicile de nos membres fait l'objet d'une controverse qui mobilise l'Institut de conseils juridiques de l'ASP (ICJ) depuis plusieurs années déjà. Le 27 octobre 2021, le Tribunal fédéral a enfin précisé l'obligation de prise en charge des compagnies d'assurance-accidents.

Origine et évolution de la controverse

Le litige au sujet du financement des soins de base par les assurances-accidents trouve son origine dans la révision de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Celle-ci prévoit pour l'essentiel que les assurances-accidents participent désormais aux coûts liés aux soins de base, dans le cas où ils ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent (API).

Alors que la prise en charge de l'intégralité des coûts des soins médicaux par les assurances-accidents n'a jamais été contestée, ni par ces dernières, ni par l'ICJ, les avis étaient radicalement opposés concernant les soins de base.

Depuis la révision de l'ordonnance susmentionnée, l'ICJ a toujours considéré que les assurances-accidents étaient tenues, en vertu de l'art. 18 de l'OLAA, de prendre en charge l'ensemble des coûts des soins de base et que les personnes assurées

ne devaient participer à ces frais que si elles étaient surindemnisées en raison du versement simultané d'une allocation pour impotent.

Pour leur part, les assurances-accidents estimaient qu'elles n'étaient pas obligées – à quelques exceptions près – de participer aux coûts des soins de base, si elles versaient déjà une API. Les assurances-accidents justifiaient leur point de vue par le fait que les soins de base coïncideraient avec les actes ordinaires de la vie¹ qui fondent le versement d'une allocation pour impotent. Par conséquent, leur obligation de prise en charge concernant les soins de base se limite au versement d'une API.

En avançant cette argumentation, les assurances-accidents ont notamment occulté le fait que l'allocation pour impotent ne servait pas uniquement à financer les prestations des soins de base, mais qu'elle était aussi destinée à couvrir d'autres dépenses liées au handicap, telles que les frais de transport par exemple.

La position juridique des assurances a parfois conduit à des situations problématiques. En effet, si les coûts des soins de base d'une personne tétraplégique s'élevaient par exemple à 3500 francs par mois et que l'assurance-accidents ne participe à ces frais qu'avec une API de degré grave de 2436 francs, il reste, à la charge de l'assuré-e, des coûts de soins de base de plus de 1000

francs par mois. La question urgente était donc de savoir qui devait s'acquitter de ces coûts non couverts.

Depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance révisée sur l'assurance-accidents le 1^{er} janvier 2017, le Tribunal fédéral a déjà rendu trois jugements sur la question du financement des soins à domicile: en septembre 2020, en février et en mars 2021. Toutefois, dans ces trois cas, il ne s'est jamais prononcé sur la question de savoir à quelle hauteur les assurances-accidents devaient participer aux coûts des soins de base, ni sur l'éventuelle obligation des personnes assurées de mettre à contribution tout ou partie de leur API pour subvenir aux coûts des soins de base. Ce n'est qu'en octobre 2021, soit plus de quatre ans après la modification de l'ordonnance, que le Tribunal fédéral a précisé l'obligation de prise en charge des assurances-accidents. Ce faisant, il a suivi pour l'essentiel la position juridique défendue par l'ICJ.

La jurisprudence du Tribunal fédéral

Dans son arrêt du 27 octobre 2021, le Tribunal fédéral a tout d'abord souligné que les assurances-accidents étaient tenues, dans un premier temps, d'évaluer le besoin en soins de base dans le cadre d'un «examen minutieux et complet». Aussi, selon le Tribunal fédéral, l'hypothèse selon laquelle les coûts des soins de base seraient «intégralement couverts par l'allocation pour impotent et ne devraient donc pas

être pris en compte, n'est pas pertinente»². Le Tribunal fédéral a ainsi rejeté le point de vue des assurances-accidents selon lequel elles n'avaient pas à participer aux coûts des soins de base si elles versaient déjà une API.

Le Tribunal fédéral s'est ensuite prononcé sur la question de savoir dans quelle mesure les personnes assurées devaient mettre à contribution leur API pour subvenir aux coûts des soins de base. À cet égard, il a tout d'abord constaté que «la totalité de l'allocation pour impotent ne doit pas être déduite»². Il s'agirait au contraire de prélever une quote-part sur l'API «correspondant à l'acte ordinaire de la vie se déplacer»². Le Tribunal fédéral a ainsi souligné, à juste titre, que même si une allocation pour impotent était versée pour les déplacements, cette partie de l'API n'avait aucun lien avec les soins de base.

Le Tribunal fédéral a fixé – pour une allocation pour impotent de degré grave – à 85% la quote-part de l'allocation pour impotent devant être défalquée des coûts des soins de base. En d'autres termes, la personne assurée doit utiliser 85% de son API de degré grave, soit environ 2070 francs, pour couvrir ses coûts des soins de base. Concernant cette quote-part, le Tribunal fédéral parle d'un certain «schématisme»². En supposant qu'une personne assurée soit considérée comme impotente pour se déplacer – ce qui est toujours le cas pour les personnes en fauteuil roulant –, elle ne doit pas faire défalquer des coûts des soins de base la part de son API correspondant à cet acte.

En résumé, le Tribunal fédéral conclut dans son arrêt du 27 octobre 2021 que la contribution des assurances-accidents aux coûts des soins de base se calcule sur la base de l'ensemble du besoin en soins de base, déduction faite d'une quote-part de l'allocation pour impotent. Selon la position défendue ici, il est donc clair que les coûts des soins de base restants après la déduction autorisée de l'API sont entièrement à la charge des assurances-accidents.

Conclusion

L'arrêt du Tribunal fédéral du 27 octobre 2021 est positif à trois égards: première-

ment, il établit clairement que les assurances-accidents ne peuvent pas affirmer que les coûts des soins de base sont intégralement couverts par le versement d'une allocation pour impotent. Deuxièmement, la décision stipule que les personnes assurées ne doivent pas faire entièrement défalquer l'API des coûts des soins de base. Et troisièmement, la décision oblige les as-

Dans l'intérêt des personnes concernées, il reste donc à souhaiter que les assurances-accidents se conforment rapidement aux directives de l'arrêt du Tribunal fédéral du 27 octobre 2021. Cela leur donnerait la sécurité juridique dont elles ont besoin pour être en mesure de planifier le financement de leurs soins à domicile. Inutile de souligner que le financement de



surances-accidents à prendre en charge l'intégralité des coûts des soins de base restants après la déduction autorisée de l'allocation pour impotent.

Malheureusement, la plupart des assurances-accidents s'abstiennent toujours d'appliquer la décision du Tribunal fédéral. La Commission ad hoc Sinistres LAA émet des recommandations sur des questions qui ne sont pas réglées, ou alors pas de manière définitive, par la loi ou la jurisprudence. Les plus grandes compagnies d'assurance-accidents de Suisse sont représentées dans cette commission. Après l'arrêt du Tribunal fédéral du 27 octobre 2021, la commission s'est réunie pour discuter de la mise en œuvre de la décision, mais elle n'est vraisemblablement encore parvenue à aucun résultat. Par conséquent, elle n'a pas encore émis de recommandations à l'attention des assurances-accidents. Cette situation, associée au fait que l'arrêt du Tribunal fédéral précité a été rendu il y a plus de sept mois, est incompréhensible.

ses soins revêt un aspect existentiel pour nos membres. Nous considérons que les assurances-accidents ont le devoir de se conformer enfin aux directives du Tribunal fédéral et de fixer leurs prestations de soins en tenant compte de cette jurisprudence émanant de la plus haute instance.

¹ Les six actes ordinaires de la vie consistent à faire sa toilette, se vêtir/se dévêtir, manger, se lever/s'asseoir/se coucher, aller aux toilettes, se déplacer/entretenir des contacts sociaux; ces actes sont liés aux soins de base au sens de l'art. 7 al. 2.

² ATF 148 V 28