
RECOMMANDATIONS POUR L'APPLICATION DE LA LAA ET DE L'OLAA

N° 01/2022 : Aide et soins à domicile

Art. 18 OLAA

Table des matières

1.	Remarque préliminaire.....	2
2.	Champ d'application	2
3.	Définitions.....	2
	3.1. Traitement médical.....	2
	3.2. Soins médicaux.....	2
	3.3. Soins non médicaux.....	2
	3.4. Aide ménagère.....	3
4.	Droit applicable	3
5.	Étendue des prestations pour soins	3
	5.1. Traitement médical.....	3
	5.2. Soins médicaux.....	3
	5.2.1. Par des personnes autorisées	3
	5.2.2. Par des personnes non autorisées	3
	5.3. Soins non médicaux.....	4
	5.3.1. Par des personnes autorisées	4
	5.3.2. Par des personnes non autorisées	4
	5.4. Rapport avec l'allocation pour impotent.....	4
	5.4.1. Traitement médical et soins médicaux.....	4
	5.4.2. Soins non médicaux	4
6.	Évaluation	6
	6.1. Principes	6
	6.1.1. Conditions-cadres.....	6
	6.1.2. Réalisation.....	6
	6.2. Renonciation.....	6
7.	Adaptation des prestations pour soins	6
	7.1. Prestations pour soins avant la clôture du cas	6
	7.1.1. Modification de la charge.....	6
	7.1.2. Modification des tarifs horaires	7
	7.2. Prestations pour soins après la clôture du cas	7
	7.2.1. Modification de la charge.....	7
	7.2.2. Modification des tarifs horaires	7

1. Remarque préliminaire

La présente recommandation remplace les actuelles recommandations n° 02/1989 et n° 07/1990.

2. Champ d'application

Les principes de la présente recommandation s'appliquent aussi bien au suivi d'une personne assurée **à son domicile** qu'à un séjour permanent dans un **établissement médico-social** ou dans une institution similaire.

En revanche, la prise en charge des frais pendant une hospitalisation est régie par les conventions tarifaires correspondantes. Cela vaut tant pour le cas initial que pour les rechutes et les séquelles tardives.

3. Définitions

3.1. Traitement médical

Le traitement médical est réalisé ou prescrit par un médecin et poursuit un but thérapeutique. Il s'agit par exemple de prestations médicales, de physiothérapie ou d'ergothérapie.

3.2. Soins médicaux

Les soins médicaux comprennent les **examens** et les **traitements** au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. Il s'agit du suivi médical de la personne assurée (p. ex. pose de cathéters, pansement de plaies ou surveillance de perfusions).

Si une mesure relève des soins médicaux, toutes les activités qui y sont liées seront définies comme des soins médicaux.

Les soins médicaux visent à maintenir l'état de santé et à rendre possible le soutien, le bon fonctionnement, voire le remplacement des fonctions organiques vitales.

L'évaluation¹, les conseils et la coordination visés à l'art. 7 al. 2 let. a OPAS ne sont pas considérés comme «soins médicaux» en tant que tels, mais sont traités selon les mêmes règles dans le cadre de la présente recommandation.

3.3. Soins non médicaux

Les soins non médicaux correspondent aux **soins de base** selon l'art. 7 al. 2 let. c OPAS et se composent des soins de base généraux pour les patients dépendants, ainsi que des mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Cette aide a pour but de soutenir la personne assurée dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie en cas d'atteinte à la santé (p. ex. soins d'hygiène corporelle, s'habiller et se dévêtir ou s'alimenter).

¹ Il s'agit de l'évaluation en vue de la planification des soins, et non d'un examen de l'obligation de l'assureur-accidents d'allouer des prestations au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA (voir ch. 6), raison pour laquelle la prise en charge des coûts de l'évaluation en vertu de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS ne repose pas sur l'art. 45 al. 1 LPGA.

3.4. Aide ménagère

L'aide ménagère pure comprend le soutien à la gestion et à la tenue du ménage, comme faire la lessive, le nettoyage, repasser, et à l'exécution d'autres tâches courantes (ATF 116 V 41).

Si une aide ménagère est nécessaire à la suite d'un accident, il n'y a **pas d'obligation d'allouer des prestations en vertu de la LAA**.

4. Droit applicable

L'art. 18 OLAA révisé est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Cet article et donc la présente recommandation s'appliquent aussi, à compter de cette date, aux accidents antérieurs, notamment aux prestations d'aide et de soins à domicile déjà accordées avant cette date en vertu d'une décision passée en force (ATF 146 V 364 consid. 9).

Pour les prestations déjà en cours au 1^{er} janvier 2017, il convient de vérifier si elles sont conformes au nouveau droit. Si nécessaire, elles seront adaptées au droit en vigueur (ATF 146 V 364 consid. 9.5).

5. Étendue des prestations pour soins

5.1. Traitement médical

Les frais relatifs aux traitements médicaux à domicile correspondent aux frais de guérison ambulatoires à prendre en charge **selon le tarif applicable**.

5.2. Soins médicaux

5.2.1. Par des personnes autorisées

Les soins médicaux à domicile dispensés par une personne ou une organisation autorisée au sens des art. 49 et 51 OAMal relèvent de l'art. 18 al. 1 OLAA. Les personnes qui ne prodiguent des soins qu'à la personne assurée et ne versent pas de cotisations à la caisse de compensation pour un revenu provenant d'une activité lucrative indépendante ne sont pas considérées comme exerçant une activité lucrative indépendante et ne sont donc pas assimilées à des personnes autorisées (voir ATF 147 V 35 consid. 10; arrêt 8C_591/2020 du 3 février 2021 consid. 4).

Les frais correspondants doivent être remboursés **intégralement** par l'assureur-accidents selon les tarifs applicables si les soins sont prescrits par un médecin ou médicalement indiqués. Les barèmes fixés à l'art. 7a al. 1 OPAS (en relation avec l'art. 25a al. 1 LAMal) ne sont pas applicables dans l'assurance-accidents (ATF 147 V 16 consid. 9.3.3). Ni la personne assurée, ni l'assureur-maladie, ni les pouvoirs publics ne peuvent être tenus de participer à ces frais.

5.2.2. Par des personnes non autorisées

L'assureur-accidents **participe** aux soins médicaux à domicile dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin ou médicalement indiqués et qu'ils soient donnés de manière appropriée (art. 18 al. 2 let. a OLAA).

Cette participation est déterminée en fonction des **soins requis avérés** et du tarif horaire prévu à cet effet, indépendamment d'obligations fondées sur le droit de la famille ou d'un dommage matériel causé par les soins pour la personne les dispensant.

Le **tarif horaire** se calcule sur la base de l'actuel tableau 1 ESS (T1 skill level), pos. 86-88 (santé humaine et action sociale), niveau de compétences 2. Le salaire mensuel standardisé médian figurant dans l'ESS est divisé par 173,33 heures et le résultat est arrondi au centime près en vertu des règles mathématiques reconnues. Concernant l'adaptation de ce tarif horaire à l'évolution des salaires, il convient de se référer au ch. 7.2.2 ci-dessous.

5.3. Soins non médicaux

L'assureur-accidents **participe** aux soins non médicaux à domicile (art. 18 al. 2 let. b OLAA). Cette participation est soumise à la coordination avec l'allocation pour impotent (voir ch. 5.4.2 ci-dessous).

5.3.1. Par des personnes autorisées

La participation aux soins non médicaux dispensés par des personnes autorisées (voir ch. 5.2.1 ci-dessus) est déterminée selon la convention tarifaire applicable.

5.3.2. Par des personnes non autorisées

La participation aux soins non médicaux dispensés par des personnes non autorisées est déterminée en fonction des **besoins d'aide avérés** et du tarif horaire prévu à cet effet, indépendamment d'obligations fondées sur le droit de la famille ou d'un dommage matériel causé par les soins pour la personne les dispensant.

Le **tarif horaire** se calcule sur la base du tableau 1 ESS actualisé (T1 skill level), pos. 86-88 (santé humaine et action sociale), niveau de compétences 1. Le salaire mensuel standardisé médian figurant dans l'ESS est divisé par 173,33 heures et le résultat est arrondi au centime près en vertu des règles mathématiques reconnues. Concernant l'adaptation de ce tarif horaire à l'évolution des salaires, il convient de se référer au ch. 7.2.2 ci-dessous.

5.4. Rapport avec l'allocation pour impotent

5.4.1. Traitement médical et soins médicaux

Les droits à la prise en charge des frais de traitement et de soins médicaux à domicile ne sont pas réduits en cas de droit à une allocation pour impotent. L'allocation pour impotent ne peut pas être imputée sur les prestations selon l'art. 18 al. 1 et al. 2 let. a OLAA.

Il en va de même si le montant de l'allocation pour impotent imputable sur la participation pour les soins non médicaux (voir ch. 5.4.2 ci-dessous) dépasse cette participation.

5.4.2. Soins non médicaux

Le droit à une participation pour les soins non médicaux existe uniquement à condition qu'elle ne soit pas couverte par l'allocation pour impotent (art. 18 al. 2 let. b OLAA). Le Tribunal fédéral a constaté qu'en cas d'allocation pour impotence grave, il fallait déduire de l'indemnité pour les soins non médicaux 85 % de l'allocation pour impotent, tandis que 15 % restaient réservés pour l'aide aux déplacements et à l'entretien de contacts sociaux «hors du domicile», cette aide dépassant le cadre de l'aide et des soins à domicile (ATF 148 V 28, en particulier consid. 6.5.2).

Il en résulte le **principe** selon lequel l'allocation pour impotent doit être imputée sur la participation aux soins non médicaux. Le montant imputable est réduit de **90 % du montant maximum du gain**

journalier assuré (actuellement 365.40 CHF, voir art. 22 al. 1 OLAA)², dans la mesure où la personne assurée est incapable de se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile et d'établir des contacts sociaux.

Ce principe s'applique **quel que soit le degré d'impotence** et indépendamment du fait que quatre ou cinq actes ordinaires de la vie soient concernés en cas d'impotence moyenne, ou deux ou trois en cas d'impotence légère.

En cas d'allocation pour impotent **réduite** pour cause de faute de la personne assurée, le montant effectif est pris en compte, sous déduction d'un montant correspondant à 90 % du montant maximum du gain journalier assuré diminué du taux de réduction, dans la mesure où la personne assurée est incapable de se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile et d'établir des contacts sociaux.

Le point de savoir si les soins de base sont déjà couverts par l'allocation pour impotent ou s'il y a encore une place pour un droit aux prestations doit être examiné concrètement pour chaque acte de soin concerné (ATF 147 V 16 consid. 8.2.4.2)³. L'assureur-accidents prend en charge de tels **soins de base non couverts par l'allocation pour impotent (sans imputation sur l'allocation pour impotent)**.

Le droit de la personne assurée à l'allocation pour impotent existe indépendamment du droit à la participation visée à l'art. 18 al. 2 let. b OLAA et il n'est pas réduit. La coordination se fait sur la base de cette participation.

Une vue d'ensemble des rapports entre les prestations de soins et l'allocation pour impotent figure dans l'annexe.

Les assureurs-accidents peuvent imputer l'allocation pour impotent **d'une autre manière** sur la participation aux soins non médicaux, dans la mesure où cela ne place pas la personne assurée dans une position plus défavorable.

² Selon le Tribunal fédéral, 15 % d'une allocation pour impotence grave restent réservés à l'aide pour les déplacements et pour établir des contacts sociaux «hors du domicile». Une allocation pour impotent de degré grave correspond à six fois le montant maximum du gain journalier assuré. Ainsi, le montant réservé aux déplacements et à l'entretien de contacts sociaux «hors du domicile» s'élève à 90 % du montant maximal du gain journalier assuré, qui est actuellement de 406 CHF, ce qui donne 365.40 CHF ($15\% * 6 * 406 \text{ CHF} = 90\% * 406 \text{ CHF} = 365.40 \text{ CHF}$). Ce montant réservé aux déplacements et à l'entretien de contacts sociaux «hors du domicile» doit toujours être égal, même s'il ne s'agit que d'une allocation d'impotence de degré moyen ou faible, pour autant que les déplacements et les contacts sociaux «hors du domicile» soient concernés.

³ Il convient de déterminer si des soins de base entrent dans cette catégorie à la lumière des circonstances concrètes. La jurisprudence sert de référence en la matière. Les soins de base suivants, par exemple, ont été classés dans cette catégorie :

- mobilisation pour éviter les escarres (ATF 147 V 35 consid. 9.2.1),
- positionnement pour l'alimentation ou la thérapie respiratoire (ATF 147 V 35 consid. 9.2.1),
- soins particuliers lors de la vidange de l'intestin et de la vessie (ATF 147 V 35 consid. 9.2.2),
- port des bas de contention (ATF 147 V 35 consid. 9.2.2),
- administration d'un suppositoire (ATF 147 V 35 consid. 8.2),
- pose de cathéters (ATF 147 V 16 consid. 8.2.4.1),
- pose d'un étui pénien ou condom urinaire (ATF 147 V 16 consid. 8.2.4.1),
- percussion et pression de la vessie par un tiers (ATF 147 V 16 consid. 8.2.4.1),
- évacuation digitale des selles (ATF 147 V 16 consid. 8.2.4.1),
- soins intimes particuliers dépassant le cadre normal (ATF 147 V 35, consid. 9.2.2),
- soin des ongles ATF 147 V 35, consid. 9.2.3).

6. Évaluation

6.1. Principes

6.1.1. Conditions-cadres

La personne qui procède à l'évaluation doit disposer des qualifications professionnelles **nécessaires**, notamment d'une formation complète d'infirmier.

Si les soins requis doivent être évalués sur place par un organisme externe, indépendant de l'assureur-accidents sur les plans juridique, organisationnel et économique, les **droits applicables en matière de procédure et de participation** doivent être accordés avant l'adjudication du mandat d'évaluation et concernant le rapport.

6.1.2. Réalisation

Les soins requis peuvent être déterminés à l'aide de l'instrument d'évaluation Resident Assessment Instrument – Homecare (**RAI HC**) ou d'autres moyens appropriés. Le **temps effectivement nécessaire dans le cas concret** est consigné en tenant compte des synergies entre les différents soins. En utilisant l'instrument RAI-HC, on obtient des évaluations plus objectives et des résultats comparables.

Dans la mesure du possible, la personne assurée, les membres de la famille, le représentant légal, les personnes qui prodiguent actuellement les soins ainsi qu'un représentant de l'assureur doivent être **présents** lors de l'évaluation, ce qui permet de mettre en évidence les différences et de les épuiser (voir ATF 147 V 16 consid. 6.3 et 7.4.2).

L'ensemble de la charge liée aux soins est évalué de manière **détaillée** et **quantifiée dans le temps**, en particulier aussi les prestations qui concernent les actes ordinaires de la vie couverts par l'allocation pour impotent.

6.2. Renonciation

Dans les cas où les besoins en soins ne sont que temporaires, une évaluation détaillée de la charge ne se justifie pas. S'il est vraisemblable que les soins ne dureront pas plus de **trois mois**, on renonce à une évaluation détaillée et on se base à la place sur les indications de la personne assurée ou des personnes s'occupant d'elle, dans la mesure où il n'existe pas de doute fondé à ce sujet.

7. Adaptation des prestations pour soins

7.1. Prestations pour soins avant la clôture du cas

7.1.1. Modification de la charge

Les traitements médicaux dispensés avant la clôture d'un cas selon l'art. 19 al. 1 LAA sont considérés comme des prestations temporaires. Les prestations d'aide et de soins à domicile pour cette période peuvent donc être suspendues dans la mesure où les conditions requises ne sont plus remplies.

7.1.2. Modification des tarifs horaires

Les prestations d'aide et de soins à domicile étant des prestations temporaires, l'indemnisation est calculée sur la base des tarifs en vigueur pour la période concernée.

7.2. Prestations pour soins après la clôture du cas

7.2.1. Modification de la charge

Les traitements médicaux dispensés après la clôture d'un cas en vertu de l'art. 21 al. 1 let. c et d LAA sont considérés comme des prestations durables. Les prestations d'aide et de soins à domicile ne peuvent donc être augmentées, réduites ou supprimées après la clôture d'un cas, conformément à l'art. 17 al. 2 LPGA, que si les circonstances dont dépendait leur octroi changent notablement (ATF 144 V 418 consid. 3). Si les besoins d'aide et de soins subissent une modification notable, les prestations doivent être adaptées. Pour ce faire, la charge liée aux soins devra généralement faire l'objet d'une nouvelle évaluation (voir ch. 6.1 ci-dessus).

Le fait de revenir sur les prestations accordées dans le cadre d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) demeure réservé. Il convient en outre de se référer au ch. 4 ci-dessus.

7.2.2. Modification des tarifs horaires

À partir du mois suivant la publication de la nouvelle ESS, les contributions en cours pour les soins et l'aide fournis par des personnes non autorisées sont adaptées aux nouveaux chiffres. Jusqu'à la publication de la nouvelle ESS, les tarifs ne sont pas adaptés à l'évolution de l'indice des salaires nominaux.

Une telle adaptation ne correspond pas à une révision (ATF 146 V 364 consid. 5.3).

Annexe: vue d'ensemble

