

FR_GERICHTE 605 2018 198 vom 26. August 2019

FR Kantonsgericht, 2019-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_198

FR: FR_GERICHTE 605 2018 198 du 26 août 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 198 del 26 agosto 2019

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 125 V 413 consid. 1a et les arrêts cités). En l'occurrence, la décision sur opposition contestée est datée du 27 juin 2018, date qui délimite l'état de fait déterminant permettant d'en examiner la légalité (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Dans ce contexte, les conclusions tendant à augmenter les prestations

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 allouées dès le 1er janvier 2019 pour des motifs postérieurs – ici, une augmentation des tarifs horaires des organisations de soins – sortent manifestement de l'objet de la contestation et sont, par voie de conséquence, irrecevables.

E. 1.2

Pour le surplus, le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes du 15 juillet au 15 août – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2.1

Au titre des prestations dispensées par l'assurance-accidents, figurent les prestations pour soins et le remboursement des frais résultant de l'accident (art. 10 à 13 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, LAA; RS 832.20). Parmi ces frais figure le droit à l'aide et aux soins à domicile. Selon la jurisprudence, la notion d'aide et de soins à domicile englobe d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin (par exemple les visites médicales). Elle comprend également les soins médicaux au sens de soins infirmiers, y compris en l'absence d'action thérapeutique, 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, la tenue du ménage) (ATF 116 V 41 consid. 5a; GEHRING, in KVG UVG Kommentar, art. 10 LAA n. 19; cf. ég. Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 1).

E. 2.2

Selon l'art. 10 al. 3 LAA, dans sa formulation en vigueur depuis le 1er janvier 2017, 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. L'art. 18 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), également dans sa formulation en vigueur depuis le 1er janvier 2017, dit que l'assuré a droit aux soins médicaux 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 (OAMal; RS832.102). Selon l'al. 2, l'assureur participe aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée, (let. a) et aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 (let. b). Le terme de soins médicaux est synonyme de suivi médical de l'assuré (par ex. pose de cathéters, traitement de plaies ou perfusions) alors que le terme d'aide non médicale décrit le soutien non médical à l'assuré en cas d'atteinte à la santé dans l'accomplissement des tâches journalières (par ex. soins corporels, habillage et déshabillage, alimentation). Par analogie aux dispositions

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 relatives aux soins pris en charge par l'assurance-maladie, cela renvoie donc aux notions d'"examens et traitements" au sens de l'art. 7 al. 2 lit. b de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31) (art. 18 al. 1 et al. 2 let. a OLAA) et de "soins de base" au sens de l'art. 7 al. 2 lit. c OPAS (art. 18 al. 2 let. b OLAA) (Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 1.2 et 1.3).

E. 2.3

Dans son ancienne version, l'art. 18 OLAA limitait la prise en charge des soins à domicile, ce qui était contraire au Code Européen de Sécurité Sociale (CESS; RS 0.831.104) et à la convention no 102 de l'Organisation Internationale du Travail concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Convention OIT n. 102; RS 0.831.102) (cf. message du 20 mai 2008 relatif à la modification de la LAA, FF 2008 4877 p. 4894 et 4907; message additionnel du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la LAA, FF 2014 7691 p. 7703 et 7715). Aux termes de ces conventions, les soins à domicile doivent être pris en charge sans que l'on puisse exiger une participation de l'assuré à leurs coûts (cf. les références précitées FF 2008 4877 p. 4894 et 4907; FF 2014 7691 p. 7703 et 7715). Ainsi, à leurs art. 34 respectifs, aux prescrits identiques, elles prévoient que les prestations doivent notamment comprendre les soins de praticiens de médecine générale et de spécialistes à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées, y compris les visites à domicile, ainsi que les soins d'infirmières, soit à domicile, soit dans un hôpital ou dans une autre institution médicale (al. 2 let a et c; al. 3 let. a). Les deux conventions ne comprennent, cependant, ni la notion de soins dispensés par des personnes autres que des médecins ou des infirmiers, ni la notion de soins non-médicaux au sens d'une aide à domicile. Dans ce contexte, il apparaît

ainsi que seul le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, prescrit par un médecin et dispensé par une personne ou une organisation autorisée, doit être entièrement pris en charge. Il s'agit des prestations figurant à l'art. 18 al. 1 OLAA (Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 1.1 et 2.1). Par contre, également en conformité avec le texte de ces conventions, l'art. 18 al. 2 OLAA ne prévoit qu'une participation aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée (art. 18 al. 2 let. a OLAA) et aux soins non médicaux à domicile (art. 18 al. 2 let. b OLAA).

E. 2.4

L'importance de la participation au sens de l'art. 18 al. 2 let a et b OLAA n'est pas précisée par la loi. Elle doit être fixée équitablement en fonction de l'importance des tâches. Il convient également de tenir compte de ce que les dispositions de l'OLAA ne prévoient pas la prise en charge pleine et entière des prestations, seulement une participation (GEHRING, in KVG UVG Kommentar, art. 10 LAA n. 24; cf. ég. Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 2.2 et 2.3). Le calcul des soins médicaux peut se fonder sur une convention tarifaire. Pour leur part, les soins non médicaux s'évaluent sur la base d'un tarif horaire de CHF 30.-, en référence au dommage ménager du droit de la responsabilité civile. De ce montant, une part doit compenser l'obligation de réduire le dommage. Celle-ci dépend des circonstances concrètes avec un maximum de 1/4 à 1/5 de sorte que la part à prendre en charge par les assureurs accidents doit être fixée entre 3/4 et 4/5 (GEHRING, in KVG UVG Kommentar, art. 10 LAA n. 24; cf. ég. Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 2.2 et 2.3).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 En revanche, le fait de bénéficier d'une allocation pour impotent n'exclut pas l'octroi d'une participation à l'aide et aux soins à domicile. Le temps et les efforts supplémentaires, lesquels sont déjà indemnisés par le biais de dite allocation (par exemple pour la douche, le nettoyage, l'ingestion d'aliments, etc.), doivent quand même être explicitement pris en compte lors de la détermination des frais (GEHRING, in KVG UVG Kommentar, art. 10 LAA n. 25 et art. 26 LAA n. 20cf. ég. Commission ad hoc sinistres LAA, Recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, ch. 3).

E. 3.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 3.2

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une

vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 3.3

A l'instar des principes développés en matière d'allocation pour impotent, une coopération étroite et complémentaire entre le médecin et l'administration est nécessaire pour déterminer les besoins en matière d'aide et de soins à domicile. Le premier doit indiquer dans quelle mesure les fonctions physiques ou mentales de la personne assurée sont limitées par l'affection. L'assureur peut procéder à d'autres clarifications sur place, de sorte que, en cas d'incertitudes sur les troubles physiques et mentaux et/ou leurs effets quotidiens, les questions aux médecins spécialistes ne sont pas seulement permises mais nécessaires. Si le rapport sur la clarification sur place satisfait aux exigences légales individuelles en matière de preuve, le tribunal n'intervient à la discrétion de la personne qui procède à la clarification que s'il existe des erreurs de jugement clairement établies (cf. arrêt TF 8C_1037/2012 du 12 juillet 2013 consid. 6.1 et les références).

E. 4

A titre liminaire, la Cour relève que l'autorité intimée accepte expressément, "conformément à sa nouvelle pratique, d'appliquer le nouveau droit, soit les art. 10 al. 3 LAA et 18 OLAA dans leur teneur au 1er janvier 2017, pour déterminer les prestations dues au recourant, nonobstant le fait que les dispositions transitoires de la modification de la loi sur l'assurance-accidents du 25 septembre 2015 commanderait l'application de l'ancien droit".

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Au vu de cet acquiescement des deux parties, la Cour s'y rattache. Il n'est, dès lors, plus nécessaire d'examiner la problématique des dispositions applicables dans le temps.

E. 5

Est, en l'occurrence, litigieux, le montant versé au recourant mensuellement dès le 1er mars 2018 au titre de la prise en charge ou de la participation aux frais résultant des soins à domicile, évalué à un total de CHF 3'236.42 dans la décision contestée. L'appréciation de la SUVA se fonde sur le rapport de C. _____ du 26 novembre 2017 relatif au déroulement de la journée du recourant (cf. dossier SUVA, pièce 444) ainsi que sur un tableau récapitulatif (dossier SUVA, pièce 467).

E. 5.1

Ce rapport a été réalisé au domicile du recourant, en présence de ce dernier, de son épouse, de l'infirmière responsable et d'un collaborateur de la SUVA. L'ensemble de ces éléments a permis à l'enquêtrice d'avoir une pleine connaissance de la situation d'espèce. Il consiste en un examen, suivant le fil de la journée, des prestations d'aide et de soin effectuées. Chaque geste est décrit brièvement (avec notamment les gestes effectués, leurs motifs spécifiques et les éventuels risques) et se voit indiquer l'auteur (famille et/ou service de soin à domicile) ainsi que sa fréquence journalière et hebdomadaire. Lorsqu'il n'est pas estimé que le geste est déjà indemnisé par le biais l'allocation pour impotent, il est également précisé un temps de réalisation (en minutes) dont partie est attribué aux "soins médicaux spéciaux", par

opposition aux soins de base. Sur la base de ce rapport, la SUVA a réalisé un tableau récapitulatif, distinguant les prestations relevées par l'enquêtrice selon qu'il s'agit d'exams et traitements ou de soin de base, soit une distinction fondée sur l'art. 7 al. 2 let. b et let. c OPAS. Au vu du tarif différent applicable, ces prestations sont ensuite séparées par auteur, soit le service d'aide à domicile (tarif de CHF 76.- à CHF 83.-) et de l'épouse (tarif de CHF 27.- à CHF 30.-). Cette évaluation examine dès lors les différentes prestations figurant à l'art. 18 OLAA, à savoir les soins médicaux donnés par une organisation ou une personne autorisée (art. 18 al. 1 OLAA), les soins médicaux dispensés par une personne non autorisée (art. 18 al. 2 let. a OLAA) ainsi que des soins non médicaux (art. 18 al. 2 let. a OLAA). Cela correspond à des prestations d'exams et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS) pour 40.04 minutes à charge du service d'aide à domicile (4.67 heures par semaine) et pour 15.29 minutes à charge de l'épouse (1.78 heures par semaine), ainsi qu'à des soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS) pour 25 minutes à charge du service d'aide à domicile (2.91 heures par semaine) et pour 26 minutes à charge de l'épouse (3.03 heures par semaine) (dossier SUVA, pièce 479). Au total, la SUVA retient un besoin de 106.33 minutes par jour (12.40 heures par semaines).

E. 5.2

Le recourant met d'abord en doute les compétences de l'enquêtrice, affirmant qu'elle "se base sur des valeurs classiques qui ne tiennent pas compte des spécificités d'une tétraplégie, d'où l'absence de valeur probante de son rapport". Cependant, le recourant semble contradictoire sur ce point puisqu'il se prévaut quand même des conclusions de cette enquêtrice en pièce 12 de ses contre-observations, cela pour prouver un

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 prétendu changement de pratique de l'autorité intimée dans la prise en compte de l'allocation pour impotent dans un cas de tétraplégie. Cela étant, l'enquêtrice est titulaire d'un diplôme d'assistante en soins et santé communautaire et montre posséder les connaissances et compétences requises pour cette mission. Le recourant n'apporte, au demeurant, aucun élément qui attesterait du contraire, ne fondant cet allégué sur aucun moyen de preuve.

E. 5.3

Le recourant se plaint de ce que l'évaluation de C._____ ne représente pas sa situation réelle et ignore des "domaines très importants dans le besoin en soins" ainsi que les "soins accessoires à des traitements", citant notamment l'alimentation ou les soins corporels de base. Selon lui, l'on ne saurait exclure certaines catégories de soins pour la simple raison qu'elles seraient déjà couvertes par l'allocation pour impotent. C'est seulement en connaissant l'ensemble du besoin qu'il est possible de calculer quelle part pourrait être prise en compte par dite allocation. Toutefois, force est de constater que le présent rapport suffit pour statuer sur le droit aux prestations du recourant car il procède à la distinction entre les prestations qui sont déjà prises en compte dans le cadre de l'allocation pour impotent – dont le temps de réalisation n'est pas détaillé – et celles qui ne le sont pas. Lors de la rédaction de son rapport, l'enquêtrice a pris soin d'ajouter, aux actes déjà indemnisés par le biais de l'allocation pour impotent des temps supplémentaires liés aux spécificités du présent cas et de les détailler. Par exemple, s'agissant des prestations déjà indemnisées par le biais de l'allocation pour impotent, sont cités notamment l'installation sur le côté, la douche, l'habillage, le nettoyage des fesses, certains transferts, la préparation des médicaments. Quant aux prestations d'aide et de soin non indemnisées, l'enquêtrice a retenu certains

déplacements, l'installation dans le fauteuil roulant ou l'installation sur le lit lors de la sieste et le soir. Ainsi, certains actes pourraient être assimilés à des gestes tombant dans la définition de l'allocation pour impotent mais sont quand même pris en compte au titre de l'aide à domicile. Il s'agit du temps et des efforts supplémentaires liés à l'état du recourant pris en compte lors de la détermination des frais (cf. consid. 2.3). Cette manière de faire est certes peu lisible. Il aurait été plus clair que l'enquête cite le temps nécessaire pour l'ensemble des gestes puis indique lesquels étaient pris en compte ou pas dans le calcul du droit aux prestations. C'est, au demeurant, manifestement la direction que prennent les nouvelles enquêtes réalisées par C. _____ (cf. pièce 12 des contre-observations). Cela ne saurait, pour autant, lui ôter tout caractère probant. Dans le présent cas, cette enquête permet, à tout le moins, de statuer sur la question ici litigieuse. En effet, au vu des activités décrites – telles que notamment: "installation sur le côté", "doucher, sécher dans la chaise de douche", "vêtir", "nettoyer les fesses", "mettre des bas de compression" ou différents transferts –, l'on peut déduire que les activités non prises en compte dans le calcul du besoin d'aide correspondent à une part raisonnable de l'allocation pour impotent (cf. consid. 2.4). A ce stade, la Cour prend note que le recourant se prévaut d'un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 127 V 94 consid. 3d), pour affirmer que seul un maximum de 44% pourrait être retranché de son allocation pour impotence de degré grave, également allouée par la SUVA. Force est cependant de constater que le recourant fait une interprétation libre de cet arrêt qui n'atteste pas d'un tel forfait et n'a, au demeurant, pas trait à une problématique d'assurance-accidents mais

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 d'assurance-maladie. La seule déduction évoquée pour "frais non prouvés" consiste en une autre problématique que celle d'espèce.

E. 5.4

Le recourant soutient encore que l'enquêtrice de C. _____ aurait arbitrairement réduit le minutage de certaines prestations – notamment les "vidanges vésicales" et le "lavage de vessie" – pour y substituer une simple estimation. Dans son rapport, l'enquêtrice base le plus souvent ses indications sur les informations données par le recourant, l'épouse et l'infirmière responsable, notamment s'agissant des durées des opérations. Ce n'est que lorsqu'elle est en désaccord avec ces informations qu'elle procède à sa propre évaluation. Dans ce dernier cas, il faut admettre qu'elle ne donne que peu de détails sur son raisonnement. Ainsi, par exemple pour le poste "vidange vésicale", elle se contente d'indiquer un calcul de "4 min. pour vider l'urine moyennant la soupape Flip-Flow[,]". De même, elle calcule 15 minutes pour le poste "lavage de vessie" alors que le personnel soignant indique une durée de 25 minutes, affirmant seulement que cela "ne se justifie pas à [son] avis". Néanmoins, une lecture attentive du rapport permet de constater que l'enquêtrice est plus stricte dans sa définition des opérations, se limitant à la seule opération libellée. Par exemple, elle retient 4 minutes pour la "vidange vésicale", soit le fait de vider la sonde urinaire, alors que, pour le même poste, le recourant soutient que d'autres opérations sont nécessaires au soignant, telles que "se désinfecter les mains", "lever les habits", "remettre les habits en place" et (re)positionner le patient sur le fauteuil roulant. S'appuyant sur un rapport d'enquête privé (cf. consid. 6 ci-après), il estime ainsi que cette opération de "vidange vésicale" dure 15 minutes. Dans l'enquête de C. _____, ces gestes accessoires ne semblent pas avoir été ignorés mais pris en compte sous d'autres postes, sauf lorsqu'ils ont été considérés comme indemnisés par le biais de l'allocation pour impotent. Or, il convient de rappeler que les prestations ne sont pas indemnisées de la même manière

par le biais de l'art. 18 al. 1 OLAA (prise en charge) que par le biais de l'art. 18 al. 2 OLAA (participation). Dans le contexte du poste "vidange vésicale", on constate donc que l'enquête de C._____ permet de distinguer clairement l'acte médical pris en charge (la vidange urinaire) des autres prestations auxquelles il n'y a qu'une participation. Dans ces circonstances, cette évaluation apparaît être suffisamment détaillée et convaincante pour servir de base à la fixation du droit à l'aide et aux soins à domicile.

E. 6

Le recourant propose une autre évaluation du déroulement de sa journée, se prévalant de l'avis de D._____, entité rattachée à E._____ qui se charge du suivi médical du recourant. Dans leur rapport le 13 mars 2018, deux enquêteurs retiennent un besoin total de 38.54 heures par semaine. Ce besoin est divisé entre prestations d'évaluation, conseil et coordination (art. 7 al. 2 let. a OPAS; 0.50 heure à charge du service d'aide à domicile), examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS; 6.83 heures à charge du service d'aide à domicile et 2.68 heures à charge de l'épouse) et soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS; 17 heures à charge du service d'aide à domicile et 9.41 heures à charge de l'épouse). S'y ajoutent des prestations "pas dans la liste" (0.75 heure à charge du service d'aide à domicile et 1 heure à charge de l'épouse).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13

E. 6.1

A l'instar de ce que relève la SUVA dans ses différentes écritures, l'on constate que les conclusions de D._____ – indépendamment de leur lien avec E._____, établissement qui prend régulièrement en charge le recourant – ne sont pas exemptes de défauts. En effet, l'évaluation de D._____ comprend des opérations qui ne sont pas des soins à domicile au sens de l'art. 18 OLAA. Il s'agit, en particulier, de "l'évaluation, les conseils et la coordination" (art 7 al. 2 let. a OPAS) ainsi que des prestations qui ne figurent "pas dans la liste". Suivre les conclusions de ce rapport aurait donc pour conséquence d'indemniser des gestes ne devant pas l'être. En outre, D._____ prend en compte des gestes déjà totalement ou partiellement compris dans l'allocation pour impotent. L'on pense, notamment, aux postes "toilette complète", "toilette partielle", "toilette intime", "soins des ongles", "brosser les dents", "aide à l'habillage", "aider à boire", "aider à manger/à s'alimenter", "lever/coucher" ou "accompagner à l'extérieur du logement". Si bénéficiaire d'une allocation pour impotent n'exclut certes pas l'octroi d'une participation à l'aide et aux soins à domicile, cela ne saurait pour autant permettre à l'assuré d'être indemnisé deux fois pour les mêmes prestations. Sur ce plan, le rapport de C._____ est plus apte à permettre de distinguer les prestations qui doivent être retranchées de l'allocation pour impotent (cf. consid. 2.3 et 5.3 ci-avant). Enfin, force est de relever que l'évaluation de D._____ dépasse les prestations actuellement facturées par le service d'aide à domicile. En effet, loin de correspondre aux plus de 25 heures hebdomadaires à charge du service d'aide à domicile retenues dans le rapport (environ 617 heures pour six mois), le service d'aide à domicile a déclaré des prestations entre 432 et 456 heures par semestre (dossier SUVA, pièces 403, 434 et 448). Cette différence – uniquement pour les prestations du service d'aide à domicile – est loin d'être négligeable. La SUVA apparaît ainsi convaincante lorsqu'elle considère que l'évaluation faite par D._____ ne saurait être privilégiée par rapport à celle établie par C._____.

E. 6.2

Se prévalant de la méthodologie utilisée par les enquêteurs de D._____, le recourant estime que chronométrer les soins présente un haut degré de fiabilité et est plus apte à illustrer ses besoins réels d'aide et de soins à domicile. Comme relevé ci-dessus, les conclusions de ces derniers ne convainquent pas. Cela étant, le recourant ne saurait là encore être suivi, car un chronométrage n'est pas nécessairement représentatif du minutage usuel d'un acte mais peut être influencé par des facteurs externes. L'on pense ici notamment à la rapidité pouvant différer selon les intervenants, à la nécessité de décrire les opérations aux enquêteurs simultanément à leur réalisation ou à la pression – consciente ou non – que cause l'enquête en raison de son impact sur le droit aux prestations du patient. Dans ce contexte, il apparaît en revanche que l'évaluation de C._____ est plus apte à servir de base de décision. En effet, pour rappel, son enquête se fonde sur les informations données par le recourant, l'épouse et l'infirmière responsable du cas et a, en outre, été réalisée au domicile du recourant par une enquêtrice possédant les compétences requises. Ainsi cette dernière a été en mesure d'évaluer et d'estimer le temps nécessaire pour les opérations avec suffisamment de pertinence pour être convaincante.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13

E. 6.3

Se référant toujours au rapport de D._____, le recourant conteste la qualification de certains gestes en tant que "soins de base" (art. 7 al. 2 let. c OPAS), estimant qu'ils correspondent à un traitement (art. 7 al. 2 let. b OPAS), ce qui aurait un impact sur le tarif applicable. Il cite les postes "mobilisation", "soins corporels" et "soin des ongles", lesquels son rendus plus complexes et risqués en raison de son état. Ce grief permet de constater que si, dans son rapport d'enquête, D._____ liste de manière relativement détaillée les différents gestes effectués, la Cour n'est pas en mesure de les catégoriser individuellement selon qu'il s'agit d'actes médicaux de type examens et traitements, d'actes médicaux de type soins de base ou à des actes non médicaux. Par exemple, si les enquêteurs indiquent que l'acte "10108 soins des ongles (mains)" dure 15 minutes et doit être réalisé une fois par mois par le service d'aide à domicile, il n'est pas précisé s'il s'agit d'un acte médical – ce que prétend ici le recourant – ou un acte non médical objet d'une participation. Les enquêteurs se réfèrent uniquement à un tableau final reprenant le calcul de toutes les prestations par catégorie. Or, une distinction plus détaillée serait nécessaire dans la mesure où les "examens et traitements" sont rémunérés à un tarif différent des "soins de base", et que certains actes non médicaux sont déjà indemnisés par le biais de l'allocation pour impotence de degré grave. En l'occurrence, on constate que c'est le recourant lui-même, non les enquêteurs de D._____, qui propose la qualification de prestations en soins dans son recours. L'absence de précisions justifie d'autant plus de s'écarter des conclusions de D._____, tandis que le rapport de C._____ fait au contraire clairement cette distinction et mettant en exergue les "soins médicaux spéciaux". Dans ce contexte, il n'est pas nécessaire d'approfondir plus avant la qualification alléguée, puisqu'elle se fonde sur un rapport non probant.

E. 6.4

Enfin, le recourant se prévaut du fait que la Cour de céans aurait suivi les conclusions de D._____ dans son arrêt du 8 avril 2015 (cause 605 2013 107). Cela ne lui est toutefois d'aucun secours. En effet, dans son arrêt du 8 avril 2015, la Cour de céans avait constaté que "C._____ sembl[ait] finalement être d'accord avec la durée moyenne de 17 minutes", à

l'instar des autres intervenants au dossier. Ainsi, contrairement au présent cas, les différents intervenants s'accordaient alors sur la durée du geste consistant à procéder à un sondage urinaire. Au demeurant, en comparaison avec son ancienne évaluation, les temps évoqués par D. _____ apparaissent aujourd'hui moins pertinents. A l'époque, l'organisation avait estimé à 17 minutes le temps nécessaire pour procéder aux sondages urinaires, soit le fait d'introduire un cathéter urinaire stérile dans la vessie par l'urètre pour drainer l'urine puis de le retirer (cf. dossier SUVA, pièces 165 et 179). Cette opération complexe n'est plus nécessaire aujourd'hui, puisque le recourant a fait l'objet d'une chirurgie plastique urétrale, avec pose d'une sonde munie d'une soupape. La pose et le retrait du cathéter ont donc été remplacés par une simple vidange de la vessie via une sonde préinstallée. Or, malgré cette simplification, D. _____ estime la durée de la vidange à 15 minutes, soit une durée presque identique à celle évoquée auparavant, alors même que les opérations ont été considérablement simplifiées.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 L'on fera enfin remarquer que le précédent arrêt de la Cour avait par la suite généré une nouvelle décision le 29 juin 2015, portant sur le montant de la participation à CHF 4'424.- mensuels, qui n'avait pas été contestée. Or, les opérations subies par la suite par le recourant ne sauraient manifestement avoir eu pour conséquence d'entraîner une prise en charge environ trois fois plus importante.

E. 7

Il ressort, quoi qu'il en soit, de l'ensemble de ce qui précède que les conclusions de C. _____ apparaissent beaucoup plus convaincantes que celles de D. _____. Au vu de la règle du degré de vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurance-sociale (consid. 3.1 ci-avant), c'est donc à juste titre que la SUVA s'y est référée dans la décision litigieuse. Dans ce contexte, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner en détail le grief de violation de l'égalité de traitement entre assurés puisque – le recourant l'admet expressément – les assurés-accidents se voient financer leur besoin de soin et d'aide à domicile de la même manière en application de l'art. 18 OLAA. Ainsi, les problématiques semblables d'assurance-accidents sont traitées de manière identique alors que celles distinctes – comme en matière d'assurance-maladie – sont traitées de manière différente.

E. 8

En revanche, reste encore à examiner le grief du recourant quant à la rémunération de son épouse. La SUVA est partie du principe que l'épouse était rémunérée au tarif réduit de CHF 27.- et CHF 30.-. Selon lui, dès lors qu'elle est elle-même infirmière auprès de F. _____ et enregistrée au registre de la Croix-Rouge, elle devrait être rémunérée à un tarif de CHF 76.- et CHF 83.-. S'agissant de la définition de personne autorisée, l'art. 18 al. 1 OLAA renvoie en particulier à l'art. 49 OAMal lequel prescrit, en substance, que les infirmières et infirmiers doivent être titulaires du diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu ainsi qu'avoir exercé pendant deux ans leur activité dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile. L'épouse du recourant, titulaire d'un diplôme d'infirmière et employée d'un hôpital depuis plusieurs années, semble a priori remplir ces conditions. Cependant, cela n'est pas suffisant pour qu'elle se voie appliquer le tarif de personne autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA. En effet, il n'apparaît pas qu'elle perçoive un quelconque revenu pour les soins prodigués à son époux, aucune facturation n'ayant été produite. Elle ne cotise pas non plus aux assurances-sociales pour cette activité. Dans ces circonstances, son statut n'est pas comparable à celui d'une personne autorisée au sens de

l'art. 18 al. 1 OLAA de sorte que c'est à juste titre qu'il est fait référence au tarif applicable aux personnes non-autorisées selon l'art. 18 al. 2 OLAA.

E. 9

Partant, compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, dans la mesure où il est recevable, doit être rejeté et la décision sur opposition du 27 juin 2018 confirmée. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 Au vu du rejet du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours, dans la mesure où il est recevable, est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé d'indemnité de partie. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 26 août 2019/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.