

FR_GERICHTE 605 2019 328 vom 12. Januar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-01-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_328

FR: FR_GERICHTE 605 2019 328 du 12 janvier 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2019 328 del 12 gennaio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1.1

Interjeté en temps utile, dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente et par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 1.2

Vu le sort donné au recours et dans la mesure où le présent arrêt prend largement en compte la jurisprudence ressortant de l'arrêt invoqué par la recourante dans son dernier courrier, il n'apparaît pas utile de mettre en œuvre l'échange d'écritures supplémentaire qu'elle sollicite.

E. 2

Les dispositions de la 1ère révision de l'assurance-accidents (changement du 25 septembre 2015) ont entraîné la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, avec effet au 1er janvier 2017. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 315 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.1

Selon les dispositions transitoires y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit.

E. 2.2

Cela étant, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la nouvelle teneur de l'art. 18 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), relatif à l'aide et aux soins à domicile, s'applique ex nunc et pro futuro pour déterminer les prestations dues en lien avec un accident survenu avant la modification du 25 septembre 2015 de la LAA (arrêt TF 8C_678/2019 précité, consid. 3.3).

E. 2.3

En l'espèce, l'accident a eu lieu le 27 novembre 2016. La Suva a toutefois appliqué le nouveau droit, soit les art. 10 al. 3 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) et 18 OLAA dans leur teneur au 1er janvier 2017,

pour déterminer les prestations dues à l'assuré (cf. décision sur opposition consid. 2.a.). Cette manière de faire, qui s'inscrit dans la ligne de la jurisprudence citée ci-dessus, relative aux soins à l'aide et aux soins à domicile, n'a pas été remise en cause.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 Il convient dès lors d'examiner le litige à l'aune de l'art. 18 OLAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, laquelle est au demeurant plus favorable à l'assuré.

E. 3.1

Selon l'art. 10 al. 3 LAA, dans sa formulation en vigueur depuis le 1er janvier 2017 – qui a remplacé dans la seconde phrase la notion de "soins à domicile" par celle d'"aide et de soins à domicile" et a supprimé le passage final selon lequel le Conseil fédéral pouvait définir "la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts", 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. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 18 OLAA relatif aux soins à domicile. Selon l'al. 1 (inchangé au 1er janvier 2017) de cette disposition, 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 sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal; RS 832.102). Alors que l'al. 2 de l'art. 18 OLAA, dans sa teneur en vigueur avant le 1er janvier 2017, disposait que l'assureur pouvait, à titre exceptionnel, participer aux frais résultant des soins à domicile donnés par une personne non autorisée, il prévoit désormais que 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), ainsi qu'aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA (let. b) (arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 5.1.1 et les références citées). La notion de soins à domicile englobe d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin (prestations médicales, physiothérapie, ergothérapie, etc.). 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 (par exemple pose de cathéters, traitement de plaies ou perfusions); 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 (cf. la notion d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 [OPAS; RS 832.112.31]). 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, habillage et déshabillage, alimentation; cf. la notion de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS) que l'aide dans l'environnement de l'assuré (par la tenue du ménage ou l'exécution d'autres tâches courantes (arrêt précité 8C_678/2019 consid. 5.1.2 avec la référence notamment à l'ATF 116 V 41 consid. 5a).

E. 3.1.1

Selon l'art. 18 al. 1 OLAA, 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 OAMal. La notion de soins médicaux au sens de cette

disposition englobe tant le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique que les soins infirmiers. La condition selon laquelle ces soins doivent avoir été prescrits ne doit toutefois pas être comprise dans le sens d'une prescription médicale formelle; il suffit que les mesures médicales qui doivent être appliquées à la maison soient médicalement indiquées. Dans la mesure où l'assureur- accidents obligatoire doit allouer ses prestations en nature, il doit en principe assumer la totalité des coûts effectifs des prestations assurées selon l'art. 18 al. 1 OLAA, qui au contraire de l'art. 18

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 al. 2 OLAA ne parle pas d'une "participation"; il doit ainsi rembourser la totalité des coûts effectifs des soins médicaux à domicile dispensés par une personne ou une organisation autorisées au sens des art. 49 (infirmières et infirmiers) et 51 (organisations de soins et d'aide à domicile) OAMal. Lorsque l'assureur-accidents a conclu une convention tarifaire avec l'organisation autorisée dispensant les soins à domicile, le montant de la prise en charge se détermine sur la base de cette convention; pour les infirmiers et infirmières exerçant en tant qu'indépendants qui sont membres de l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI), c'est la convention tarifaire du 25 octobre 1999 qui s'applique (arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 5.2.1 et les références citées).

E. 3.1.2

L'art. 18 al. 2 let. a OLAA dispose que 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. Contrairement au régime en vigueur avant le 1er janvier 2017, l'assureur a désormais l'obligation de participer aux soins médicaux dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée, cette dernière exigence visant à protéger la personne assurée et à garantir une qualité de soins suffisante. Il peut s'agir notamment de proches, de connaissances ou de voisins de l'assuré. Au contraire de l'art. 18 al. 1 OLAA, l'art. 18 al. 2 let. a OLAA ne prévoit qu'une "participation" aux soins médicaux dispensés par une personne non autorisée. Cette disposition ne dit rien quant à l'étendue de la participation de l'assureur. Celle-ci peut être fixée sur la base des coûts effectifs assumés par l'assuré, sur la base du manque à gagner effectif de la personne qui dispense les soins ou, indépendamment de ces deux critères, sur la base des coûts qu'occasionnerait le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail (arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 5.2.2 et les références citées).

E. 3.1.3

L'art. 18 al. 2 let. b OLAA dispose que l'assureur participe aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA. Comme pour les soins médicaux dispensés par une personne non autorisée, l'assureur a désormais l'obligation de participer aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA. Ces soins peuvent être dispensés aussi bien par une personne ou une organisation autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA que par une personne ou une organisation non autorisée au sens de l'art. 18 al. 2 let. a OLAA. En ce qui concerne l'étendue de la participation de l'assureur, elle peut ici aussi être fixée sur la base des coûts occasionnés par le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail. L'assureur ne doit participer aux soins non médicaux à domicile qu'à condition que ceux-ci ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA. Il y a ainsi lieu d'examiner concrètement pour chaque acte de soin si et dans quelle mesure il entre dans l'aide ou la surveillance

couvertes par l'allocation pour impotent (arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 5.2.2 et les références citées).

E. 3.1.4

Un acte médical est pris en charge soit au titre de l'art. 18 al. 1 OLAA, soit au titre de l'art. 18 al. 2 let. a OLAA, selon qu'il est dispensé par une personne autorisée ou non autorisée. Dans les deux cas cependant, il convient de déterminer le temps nécessaire pour l'acte médical (acte technique et gestes accessoires liés à ce dernier) afin de pouvoir calculer la prise en charge par l'assureur, respectivement l'étendue de sa participation (arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 8.4).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11

E. 3.2

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. Il convient en outre de prendre en considération les indications des personnes prodiguant les soins, en mentionnant le cas échéant dans le rapport, les opinions divergentes des participants. Le contenu du rapport doit être plausible, motivé et détaillé s'agissant de l'aide nécessitée pour chacun des actes ordinaires de la vie ainsi que s'agissant des faits permettant d'admettre la nécessité d'une surveillance personnelle ou de soins permanents. Il doit par ailleurs correspondre aux constatations faites sur place. Si le rapport d'enquête satisfait à ces exigences, il est pleinement probant et le tribunal n'intervient dans le pouvoir d'appréciation de la personne qui procède à l'enquête – laquelle est plus au fait de la situation concrète qu'un tribunal statuant sur recours – que s'il existe des erreurs d'appréciation clairement établies (arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 8.1 et les références citées).

E. 4

Est en l'occurrence litigieux le montant versé au recourant mensuellement dès le 1er avril 2018 au titre de la prise en charge ou de la participation aux frais résultant des soins à domicile, fixé à un total de CHF 3'661.- par la décision contestée sur la base de l'évaluation de E._____ du 21 mars 2018 (dossier Suva pièce 234). En s'appuyant sur le rapport de F._____ du 22 mai 2018 (dossier Suva pièce 240), le recourant demande que lui soit octroyé un montant mensuel total de CHF 9'449.15, sous déduction des montants déjà versés, à titre de financement des soins à domicile, dès le 1er avril 2018 et jusqu'au 31 décembre 2018, puis de CHF 11'259.05 dès le 1er janvier 2019. Dans son mémoire, le recourant soutient que la Suva n'interprète pas correctement le nouvel art. 18 OLAA sur l'étendue de son obligation de prêter en matière de soins à domicile, qu'elle n'applique pas la jurisprudence fédérale liée à la surindemnisation avec l'allocation pour impotent, qu'elle se fonde sur une évaluation du besoin en soins dont la valeur probante doit être niée et qu'elle ne tient pas compte de la complexité de la pathologie en ne qualifiant pas correctement certains soins.

E. 4.1

En ce qui concerne la nouvelle teneur de l'art. 18 OLAA, le recourant est d'avis que cette disposition exige la participation entière de l'assurance-accidents aux soins médicaux et non médicaux, sous réserve du cas de la surindemnisation. A son sens, si l'on suivait le raisonnement de la Suva, soit que le droit international exige la prise en charge des soins médicaux au sens strict seulement, il n'aurait pas été nécessaire de réviser l'art. 18 OLAA. La manière de voir du recourant ne saurait être suivie. En effet, dans son arrêt précité 8C_678/2019, le Tribunal fédéral a résolu cette question ainsi: seuls les soins médicaux à domicile dispensés par une personne autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA sont pris en charge par l'assureur sans que l'on puisse exiger une participation de l'assuré à leurs coûts. Pour les soins médicaux et non médicaux au sens de l'art. 18 al. 2 OLAA, une contribution de l'assureur est prévue et peut être fixée sur la base des coûts effectifs assumés par la personne assurée, sur la base du manque à gagner effectif de la personne qui dispense les soins ou, indépendamment de ces deux critères, sur la base des coûts qu'occasionnerait le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail (cf. consid. 7.6).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11

E. 4.2

Concernant la problématique de la surindemnisation avec l'allocation pour impotent, le recourant estime qu'il ne convient pas de retenir l'entier de l'allocation pour impotent pour déterminer le financement des soins à domicile. Se référant à l'ATF 127 V 94, il considère que la part de l'allocation pour impotent utilisée pour les soins à domicile serait limitée à 44%. A l'avis du recourant, cette jurisprudence rendue en matière d'assurance-maladie s'applique également dans le domaine de l'assurance-accident. En l'espèce, il allègue que ses factures de soins excèdent la contribution LAA et l'allocation pour impotent additionnées. Même une prise en considération entière de l'allocation pour impotent ne permettrait pas couvrir les frais de soins à domicile. 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 d'assurance-maladie. La seule déduction évoquée pour "frais non prouvés" consiste en une autre problématique que celle de l'espèce.

E. 4.3

L'appréciation de la Suva se fonde sur le rapport de E._____ du 21 mars 2018 relatif au déroulement de la journée ainsi que sur un tableau récapitulatif (dossier Suva pièce 230). Ce rapport conclut à un besoin de 289.65 heures/an (24.14 h/mois) pour les actes médicaux au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA et 261.58 heures/an (21.8 h/mois) pour les actes non médicaux selon l'art. 18 al. 2 OLAA, ce qui fait un total de 45.94 h/mois.

E. 4.3.1

Au sujet de la valeur probante de ce rapport d'évaluation, le recourant fait grief à la Suva d'avoir mandaté une personne dépourvue de connaissance particulière en matière de paraplégie/tétraplégie, au contraire de F._____, qui serait une référence dans le domaine des soins infirmiers en paraplégiologie, dans la mesure où cette institution est rattachée à H._____ de G._____ et est composée d'un personnel infirmier rompu aux cas requérant des soins exigeants. De plus, le rapport de E._____ ne représenterait pas la situation générale du recourant. Ce rapport a été réalisé au domicile du recourant par I._____, titulaire d'un diplôme d'assistante en soins et santé communautaire, en présence

du recourant, de l'infirmier responsable, d'un collaborateur de la Suva et d'une collaboratrice de F._____. Le fait qu'il ne mentionne pas spécialement des domaines comme l'alimentation et les soins corporels de base, et de ce fait ne montre pas le déroulement complet de la journée du recourant, soins déjà compris dans l'allocation pour impotent, n'est pas critiquable. Par rapport à la critique selon laquelle la Suva aurait mandaté une personne dépourvue de connaissance particulière en matière de paraplégie/tétraplégie, force est de constater que le recourant n'apporte aucune preuve attestant que l'enquêtrice de E._____ ne disposerait pas des compétences requises pour l'évaluation des soins, se bornant à renvoyer au descriptif de la profession "Assistante en soins et santé communautaire CFC" figurant sur le site <http://www.orientation.ch> en estimant que les connaissances de l'enquêtrice de E._____ seraient moins pointues que celles de F._____. Si cela peut être vrai ex abstracto, on ne peut en conclure sans autre que l'enquêtrice E._____ en question n'a aucune ou pas assez de connaissance dans le domaine des personnes tétraplégiques; or, au contraire, non seulement le cas d'espèce n'est pas le premier cas d'une personne tétraplégique auquel elle a été confrontée, mais selon les indications de la Suva, celle-ci est fréquemment appelée à effectuer des évaluations des soins à domicile pour le compte de E._____.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 A la lecture du rapport, la Cour de céans constate que pour certains actes, l'enquêtrice de E._____ n'a pas suivi les indications du soignant du recourant et a réduit le minutage de temps alloué. Cette réduction est argumentée dans le seul cas du rinçage, nettoyage et pansement de plaies, où l'enquêtrice considère qu'un temps de 10 minutes ne serait pas justifié dès lors que l'endroit de la ponction n'est ni sécrété, ni rougi. Par contre, en ce qui concerne les soins en cas de trouble de l'évacuation urinaire ou intestinale, pour préparer les médicaments, pour l'installation du recourant pour la nuit, pour le changement de la sonde urinaire Cystofix toutes les six semaines, l'enquêtrice a réduit le minutage en expliquant que le temps indiqué par le personnel soignant ne serait pas justifié ou paraît trop long, sans donner plus de détails ou d'arguments, ce qui ne saurait raisonnablement se concevoir. De plus, il est peu compréhensible que vider la poche à urine soit considéré comme un soin médical, mais pas le geste de fixer la poche à urine à la jambe (inclus dans un poste avec mettre les habits restants de la partie inférieure du corps, le tout compris dans l'allocation pour impotent). Il convient plutôt de déterminer le temps nécessaire pour l'acte médical (acte technique et gestes accessoires liés à ce dernier) afin de pouvoir calculer la prise en charge par l'assureur, respectivement l'étendue de sa participation (cf. arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 8.4). Raison pour laquelle, sur ce point également, l'enquêtrice ne peut être suivie.

E. 4.3.2

De plus, le recourant critique la qualification de certains actes dans le rapport de E._____. Dans un premier point, il amène une critique générale. De son avis, il faudrait requalifier de manière générale une partie d'entre eux, car certains soins de base sont, chez une personne tétraplégique, tellement techniques qu'ils nécessitent des connaissances accrues et relèvent d'une technicité élevée. Pour étayer ce propos, il se base sur une qualification des gestes de soins de F._____ de mars 2019 (annexe 4 au recours). Dans cette qualification sont mentionnées les prestations qui "pourraient être négociées" comme prestations selon l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. F._____ ne postule de loin pas de manière générale et catégorique que les gestes évoqués soient automatiquement considérés, chez toutes les personnes tétraplégiques, comme des examens et traitements et non comme des

soins de base. Dans un second point, il critique la qualification de certains actes spécifiques, en estimant qu'ils devraient être pris en compte intégralement au titre de soins à domicile. Ces actes sont discutés ci-après.

E. 4.3.2.1

Pour le volet mobilisation, de l'avis du recourant, il faut noter que les installations, les transferts et les mobilisations sont complexes et délicats (risque de chute en raison de la spasticité et de douleurs). De plus, un mauvais positionnement entraîne un risque de décubitus ou de contractures. Ces gestes demandent une grande maîtrise en matière de soins. La Cour de céans constate que le transfert au lit et le transfert dans le fauteuil roulant à l'aide d'une planche de transfert sont tous les deux englobés dans d'autres postes qui sont considérés comme étant inclus dans l'allocation pour impotent, à l'instar du transfert sur la chaise de douche. Seul le positionnement le matin est considéré par l'enquêtrice de E. _____ comme un acte médical spécial, ce qui est peu compréhensible. De plus, la Suva a repris ce dernier geste dans le tableau récapitulatif comme une aide non médicale au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA. Cette manière de faire est contraire à l'art. 18 OLAA, dès lors que la mobilisation d'une personne

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 tétraplégique correspond à un soin médical au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA si elle est médicalement indiquée (cf. arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 9.2.1 avec la référence à l'arrêt TF 8C_1037/2012 du 12 juillet 2013). C'est le lieu de signaler qu'en règle générale, le rapport de E. _____ ne fait pas de distinction entre les soins médicaux et les soins non-médicaux, tous les actes étant indiqués dans la rubrique soins médicaux. Ce n'est que dans le tableau récapitulatif que la Suva a procédé à cette qualification.

E. 4.3.2.2

S'agissant des soins corporels relatifs à l'hygiène, le problème de spasticité, mais aussi les risques de dysréflexie ou de malaise commandent également, selon le recourant, que du personnel autorisé se charge de ce soin. En outre, la douche est un acte accessoire nécessaire aux soins intestinaux et vésicaux (nettoyage pré et post-acte). La mise en place des bas de compression est également suffisamment complexe pour entrer dans la catégorie des traitements, dans la mesure où leur pose est extrêmement difficile chez une personne tétraplégique. Pour le poste "mettre les bas de compression (ordonnance médicale)", l'enquêtrice de E. _____ a indiqué un minutage de 10 minutes en plus de l'allocation pour l'impotent. De même pour le poste "enlever les habits de la partie inférieure du corps et les bas de compression, soins intimes" pour lequel un minutage de 5 minutes est indiqué en dehors de l'allocation pour impotent. Néanmoins, dans son tableau récapitulatif, la Suva a compris ces gestes dans les soins de base généraux. De plus, le recourant nécessite des soins médicaux particuliers en raison de troubles de l'évacuation urinaire et intestinale. La toilette intime devant être faite après ces soins dépasse ainsi la simple assistance pour vérifier l'hygiène, qui est couverte par l'allocation pour impotent sous l'angle de l'acte "aller aux toilettes" (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité, ch. 8021). Elle doit par conséquent également être prise en charge par l'assureur en vertu de l'art. 18 al. 1 ou 18 al. 2 OLAA dans la mesure où elle n'est pas couverte par l'allocation pour impotent. Par ailleurs, le geste de mettre les bas de compression ne saurait être considéré comme déjà couvert par l'allocation pour impotent. Il doit en revanche être pris en charge comme un soin médical ou non médical, pour lequel une participation de la Suva est prévue par l'art.

18 al. 2 OLAA (cf. arrêt TF précité 8C_678/2019 consid. 9.2.2).

E. 4.3.2.3

Enfin, le soin des ongles aurait un enjeu important, si bien qu'il s'agit d'un geste complexe entrant dans le champ des traitements. En effet, des ongles mal coupés entraînent des lésions cutanées ou des points de compression. Selon la jurisprudence (cf. arrêt précité 8C_678/2019 consid. 9.2.3) il s'agit d'un soin corporel non médical au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA qui n'est pas couvert par l'allocation pour impotent dès lors qu'il va au-delà de l'acte ordinaire quotidien "faire sa toilette", par lequel on entend se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, ch. 8020).

E. 4.3.3

Pour toutes ces raisons, en l'état actuel, le rapport de E. _____ ne peut pas servir de base pour le calcul des prestations pour les soins à domicile.

E. 4.4

Les mérites du rapport de F. _____ doivent encore être examinés. Ce rapport date du 22 mai 2018 et se base sur une évaluation réalisée le 21 mars 2018 au domicile du recourant. Selon F. _____, les soins nécessaires s'élèvent à 26.2846 h/semaine, soit 105.1384 h/mois, toutes catégories confondues. Pour rappel, le rapport de E. _____ indiquait des soins nécessaires à hauteur de 45.94 h/mois.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 De l'avis du recourant, la différence entre ces deux rapports trouve son explication dans la méthodologie appliquée. Le rapport de E. _____ se base sur une interview avec le personnel soignant, alors que celui de F. _____ se fonderait sur un chronométrage des soins pendant leur déroulement. Or, il n'en est rien, l'évaluation de F. _____ mentionnant au contraire expressément que celle-ci a été effectuée en référence à une discussion entre les différentes personnes présentes. Par ailleurs, le chronométrage des soins pendant leur déroulement n'est pas nécessairement représentatif du minutage usuel d'un acte, mais peut être influencé par des facteurs externes. Quoi qu'il en soit, on peut constater qu'en ce qui concerne les soins médicaux selon l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, la différence entre les deux rapports n'est pas significative, E. _____ arrivant à 24.14 h/mois et F. _____ à 25.71 h/mois. La grande différence entre les soins nécessaires, soit 105.14 h/mois selon l'évaluation de F. _____ contre 45.94 h/mois selon le rapport de E. _____, s'explique déjà par le fait que le rapport de F. _____ englobe également toutes les gestes qui sont déjà totalement ou partiellement compris dans l'allocation pour impotent. La Suva fait ici valoir à juste titre que si l'allocation pour impotent n'exclut pas l'octroi d'une participation à l'aide et aux soins à domicile, il ne saurait pour autant être question d'être indemnisé deux fois pour les mêmes prestations. De plus, le rapport de F. _____ prend aussi en compte un poste "Evaluation, Coordination" qui se réfère à l'art. 7 al. 2 let. a OPAS et qui ne représente pas des soins à domicile au sens de l'art. 18 OLAA. Ainsi, le rapport de F. _____, quoique plus détaillé que celui de E. _____, ne peut pas non plus servir de base pour le calcul des prestations pour les soins à domicile dans le cas d'espèce.

E. 5

Pour les raisons développées ci-dessus, la décision sur opposition du 31 octobre 2019 doit être annulée et la cause renvoyée à la Suva pour complément d'instruction au sens des

considérants: certains soins doivent être requalifiés et l'étendue de la participation de la Suva doit être fixée sur la base d'un nouveau rapport probant. Ainsi, le recours est admis. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie. La mandataire du recourant n'ayant pas donné suite à la lettre du 6 mars 2020 par laquelle la Cour de céans l'invitait à produire sa liste de frais, l'indemnité sera fixée d'office et selon la libre appréciation du Tribunal (cf. art. 11 du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]). Ainsi, il convient de fixer ex aequo et bono le montant global des honoraires et débours occasionnés par cette affaire à CHF 3'500.-, plus la TVA de CHF 269.50 (7.7% de CHF 3'500.-). Le montant total de CHF 3'769.50 est intégralement mis à la charge de la Suva. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours de A._____ est admis. Partant, la décision sur opposition du 31 octobre 2019 est annulée et la cause renvoyée à la Suva pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué à A._____, pour ses frais de défense, une indemnité de partie de CHF 3'769.50, TVA comprise. Elle est intégralement à la charge de la Suva. IV. 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 12 janvier 2021/bsc Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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