

GE_GERICHTE A/2796/2011 vom 5. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2796_2011

FR: GE_GERICHTE A/2796/2011 du 5 mars 2012

IT: GE_GERICHTE A/2796/2011 del 5 marzo 2012

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur S _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1; 6002 Lucerne intimée EN FAIT 1. Monsieur S _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1962, a travaillé en tant que chauffeur-livreur dès le 15 mai 1995. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 15 mai 1995, alors qu'il se trouvait en vacances au Portugal, l'assuré a subi un accident de voiture qui a entraîné une tétraplégie spastique de niveau sensitif C5 incomplet, D4 complet et de niveau moteur C5 incomplet, C6 complet. ! [endif]>! [if> 3. Le 12 août 1997, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI). Il a indiqué qu'il avait besoin d'une aide régulière pour les actes de la vie quotidienne, dispensée par des infirmiers, son épouse ou des membres de sa famille. Il était incapable de se vêtir et se dévêtir sans aide, un tiers devait l'assister pour les transferts de son fauteuil roulant, il ne pouvait couper les aliments et avait besoin de moyens auxiliaires pour porter les aliments à sa bouche. L'aide d'une infirmière était indispensable pour la toilette complète et le rasage, et il ne pouvait se nettoyer après être allé aux toilettes. Il disposait d'un fauteuil roulant électrique mais ne pouvait se déplacer que s'il n'y avait pas d'obstacles ou de barrières architecturales. ! [endif]>! [if> 4. Par décision du 25 mars 1998, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant dès le 1 er août 1997, assortie d'une rente complémentaire pour son fils. ! [endif]>! [if> 5. Par décision du 8 octobre 1998, la SUVA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %, soit 97'200 fr. ! [endif]>! [if> 6. Le 16 septembre 1999, un collaborateur de la SUVA a eu un entretien avec l'assuré au domicile de ce dernier. Celui-ci a indiqué qu'il conservait une mobilité réduite des membres supérieurs, lui permettant de diriger son fauteuil roulant chez lui et à l'extérieur, à condition qu'il n'y ait pas d'obstacles. Les soins nécessaires étaient prodigués par des infirmières, et consistaient le matin en soins, toilette, habillage, contrôle de la vessie et transfert dans le fauteuil, et le soir au déshabillage, contrôle de la vessie, mise au lit et soins divers. Son épouse participait également aux soins, dans une moindre mesure en raison de problèmes de santé. Elle se chargeait notamment de préparer et couper les aliments, que l'assuré portait à sa bouche au moyen d'une cuillère spéciale. ! [endif]>! [if> 7. Par courrier du 19 janvier 2000, Madame T _____, infirmière à domicile, a informé la SUVA du fait que la rééducation de l'assuré était stabilisée et que les soins infirmiers quotidiens n'apparaissaient dès lors plus nécessaires. Il était prévu que les soins quotidiens soient prodigués par des aide-infirmières, des infirmières ne se rendant chez l'assuré que tous les deux jours pour les soins spécifiques liés à l'évacuation des selles ainsi que deux soirs par semaine pour le coucher, afin de

surveiller son état général. Elle a joint un formulaire d'évaluation rempli le 10 janvier 2000 qu'elle a cosigné avec le Dr U _____, spécialiste FMH en médecine générale, indiquant que des soins techniques étaient nécessaires à raison de 5 heures par semaine, des soins de base complexes à raison de 7.5 heures par semaine et des soins de base simples à raison de 10.5 heures par semaine. Par décision du 24 janvier 2000, la SUVA a octroyé une allocation pour impotent de degré grave dès le 16 novembre 1999 correspondant à six fois le montant maximum du revenu journalier assuré, soit 1'602 fr. puis 1'758 fr. dès le 1^{er} janvier 2000, ainsi qu'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} novembre 1999. Le 2 février 2000, le Dr U _____ a prescrit des soins médicaux pour la toilette et l'élimination des selles ainsi que le contrôle de la vessie et les soins de surveillance. La SUVA a par la suite régulièrement pris en charge les factures qui lui étaient adressées par les différents prestataires de soins à domicile. Le 26 janvier 2011, la SUVA a procédé à une enquête sur le déroulement de la journée. Dans son rapport, l'enquêtrice a consigné les durées des soins suivantes:

Heure	Description de l'activité	Soins médicaux	Soins non médicaux
8h00	Déconnexion de l'uriflac de nuit, évacuation des urines, connexion de l'uriflac de jour		

E. 10

min. 9h25 Application d'une huile pour prévention des escarres 2 min. 9h27 Massage des jambes, contrôle des plis inguinaux 5 min. 9h32 Rinçage, nettoyage et pansement de l'orifice de la sonde urinaire, changement des sangles de l'uriflac 20 min. 9h52 Habillage partiel (pantalon, chaussures) 5 min. 9h57 Transfert sur le fauteuil et installation avec vérification d'absence de plis vestimentaires pour éviter les rougeurs

E. 15

min. 10h12 Vérification de mise en place de l'uriflac 2 min. 10h14 Habillage du haut et mise en place d'une sangle de sécurité 6 min. Aide nécessaire pour vider uriflac trois fois par jour 22h30 Arrivée de l'infirmière 5 min. 22h35 Déshabillage du haut 3 min. 22h38 Brossage des dents 3 min. 22h42 Positionnement de la sangle et transfert dans le lit 5 min. 22h47 Déconnexion de l'uriflac de jour, pose de l'uriflac de nuit et administration des médicaments 12 min. 22h59 Massage des jambes et contrôle des plis inguinaux 5 min. 23h04 Positionnement sur le côté 3 min. 23h07 Petite toilette du siège 3 min. 23h10 Contrôle et prévention des escarres 3 min. 23h13 Mise en place des coussins pour éviter les spasmes et les escarres 5 min. 23h18 Mettre la chaise électrique en charge 2 min. 23h20 Fin des soins Dans la nuit, changement de côté et repositionnement avec mise en place par l'aide à domicile des coussins anti-escarres, deux fois. 10 min. 12. Par décision du 29 avril 2011, la SUVA a retenu que les soins à domicile duraient 105 minutes par jour, dont 66 minutes consacrées à des examens et traitements et 20 minutes de soins de base. Le tarif local des organisations de soins à domicile était de 54 fr. 60 pour les soins de base et de 65 fr. 40 pour les examens et traitements. Le reste représentait 9 minutes d'examen et traitements et 10 minutes de soins de base par une aide à domicile. La SUVA a rappelé que selon les dispositions légales, l'assureur pouvait à titre exceptionnel participer aux frais résultant de soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Pour ces prestations, un salaire horaire de 25 fr. pour les soins de base et de 32 fr. pour les examens et traitements était retenu. Par conséquent, la SUVA participerait aux frais à raison d'un montant mensuel de 3'015 fr. dès le 1^{er} mars 2011. Ce montant était calculé comme suit: 2'188 fr. 20 pour les examens et traitements par une infirmière durant 1h06 par jour à 65 fr. 40 de l'heure (soit 71 fr. 95, multipliés par 365 jours et divisés par 12 mois); 533 fr. 60 pour les soins de base par

une infirmière durant 20 minutes par jour à 54 fr. 60 de l'heure (soit 18 fr. 20 multipliés par 365 jours et divisés par 12 mois); 146 fr. pour les examens et traitements par une aide à domicile durant 9 minutes à 32 fr. par heure (soit 4 fr. 80 multipliés par 365 jours et divisés par 12 mois); et 126 fr. 75 pour les soins de base par une aide à domicile durant 10 minutes à 25 fr. de l'heure (soit 4 fr. 16 multipliés par 365 jours et divisés par 12 mois). La SUVA a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. !endif]>![if> 13. Madame V_____, infirmière à domicile référente de l'assuré, a déclaré s'opposer à la décision de la SUVA par courrier du 16 mai 2011. Elle a regretté de ne pas avoir été avertie de l'évaluation des soins au domicile de l'assuré à laquelle la SUVA avait procédé. Elle a relevé que l'allocation d'impotent était primordiale pour tous les frais non remboursés par les caisses, soit le ménage, l'intendance et la cuisine. Elle considérait qu'il était "aberrant" que les soins de base ne soient pas remboursés. Elle a exposé qu'une infirmière et une aide-infirmière assumaient en alternance les soins à l'assuré le matin, les soins du soir étant toujours prodigués par des aide-infirmières. Les soins matinaux des infirmières duraient deux heures en soins et examens et une heure en soins de base, les soins matinaux des aide-soignantes 1h30 en soins de base, les soins du soir une heure en soins de base. Madame V_____ a joint un formulaire d'évaluation des besoins pour des soins à domicile rempli par ses soins le 13 mai 2011, dans lequel elle a indiqué que l'assuré était dépendant pour manger, faire sa toilette au lavabo, se doucher, s'habiller et se déshabiller, se coucher et se lever, et pour aller aux toilettes. Il pouvait se déplacer dans l'appartement à condition qu'on l'aide. S'agissant de ses besoins fondamentaux, elle a notamment ajouté que la sollicitation était éprouvante pour l'entourage. L'assuré, qui était veuf et vivait seul avec son fils mineur, avait quotidiennement besoin d'aide pour le ménage, la cuisine, l'aide à la prise des repas, les courses, les changements de position durant la journée et le vidage de l'uriflac. Les soins qui devaient être prodigués par une infirmière étaient les suivants: soins d'évacuation intestinale (administration d'un suppositoire, massage et toucher rectal) représentant 40 minutes trois ou quatre fois par semaine, douche et lavage de dents 20 minutes trois ou quatre fois par semaine, soins de sonde sous-pubienne (changement de l'uriflac, rasage, pansement) 30 minutes trois à quatre fois par semaine, prévention d'escarres 10 minutes trois ou quatre fois par semaine, habillage et installation sur fauteuil électrique 30 minutes trois ou quatre fois par semaine, surveillance et aide pour prise de traitement 15 minutes trois ou quatre fois par semaine et changement de la sonde sous-pubienne une heure toutes les six semaines. Les soins du matin étaient délégués à une aide-soignante un jour sur deux, qui dispensait alors des soins d'hygiène et de beauté durant 30 minutes, se chargeait de la prévention d'escarres (10 minutes), du changement d'uriflac (5 minutes), de l'habillage (20 minutes), du transfert et de l'installation sur le fauteuil (20 minutes). Les soins du soir, également assurés par une aide-soignante, étaient le brossage des dents (10 minutes), le transfert au lit avec élévateur (15 minutes), le déshabillage (10 minutes), l'installation d'un uriflac de nuit (5 minutes), la prévention des escarres (5 minutes) et l'installation dans le lit dans une position anti-escarres (15 minutes). L'infirmière a également joint un formulaire de prescription de soins médicaux signé le 20 mai 2011 par le Dr U_____, aux termes duquel une évaluation et des conseils étaient nécessaires à raison d'une heure par mois, des examens et soins huit heures par semaine si 4 fois par semaine, des soins de base complexes 4 heures par semaine, des soins de base simples 13 heures par semaine, soit une heure chaque soir et 1h30 quatre matins par semaine. Le nombre des visites à domicile se montait à 14 par semaine, toutes prestations confondues. !endif]>![if> 14. L'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision de la SUVA par courrier du 1 er juin 2011. Il a

allégué que la position de la SUVA était insoutenable, car elle modifiait une situation perdurant depuis des années. Il a rappelé que le handicap entraîné par son accident l'empêchait de préparer ses repas, se laver, se vêtir, se coucher, se lever, et qu'il avait dû élever seul son fils à la suite du décès de son épouse. La Coopérative des soins infirmiers (CSI), PERMED SA et l'Assistance à domicile pour la ville et la campagne assuraient ses soins, et la présence de ces intervenants était indispensable. De plus, l'allocation pour impotent ne saurait rétribuer les soins à domicile. Les coûts afférents aux courses, à la préparation des repas et au ménage dépassaient en effet largement le montant de cette allocation, qui ne devait dès lors pas être affectée aux soins personnels. Il a également reproché à la SUVA de se fonder sur un rapport totalement subjectif et sans fondement, élaboré par un collaborateur dont les instructions étaient de fournir des éléments afin de réduire les prestations à servir. Il a demandé à la SUVA de rendre une décision dans les quinze jours.!

15. La SUVA a écarté l'opposition par décision du 20 juillet 2011 en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a rappelé que les soins médicaux doivent être pris en charge par l'assurance-accidents lorsque l'état des assurés peut être sensiblement amélioré ou stabilisé, et que l'assuré a droit aux soins à domicile prescrits par un médecin à condition qu'ils soient prodigués par une personne ou une organisation autorisée et que l'assurance-accidents n'a le devoir de participer aux frais pour soins à domicile que si ceux-ci impliquent des soins médicaux, voire infirmiers. Selon la loi, l'assureur-accidents peut à titre exceptionnel participer aux frais liés aux soins à domicile prodigués par une personne non autorisée mais il s'agit d'une simple faculté. En l'espèce, la SUVA a versé une participation aux soins relevant de sa libre appréciation. Elle a relevé que l'assuré n'avait pas contesté les tarifs horaires retenus dans sa décision, si bien que le litige porte sur le seul droit aux prestations. La SUVA retenait que les soins infirmiers tels que décrits par Madame V _____ représentent une heure par jour en moyenne: 20 minutes par jour en moyenne pour l'évacuation intestinale (qui correspondent à 40 minutes 3.5 fois par semaine), 15 minutes pour les soins de la sonde le matin (qui correspondent à 30 minutes 3.5 fois par semaine), 10 minutes pour la prévention des escarres, 20 minutes pour des soins d'escarres occasionnels et 10 minutes pour le changement de la sonde. Le reste des traitements était délégué à une aide-soignante, prodiguant des soins 22.5 minutes par jour (7.5 minutes pour le changement et le placement d'uriflac et 15 minutes qui peuvent être retenues pour la prévention des escarres et l'installation au lit), les 10 minutes destinées à la prévention des escarres n'ayant pas à être prises en compte une nouvelle fois car elles ont déjà été décomptées sept jours par semaine dans le récapitulatif des soins dispensés par les infirmières, malgré le fait que celles-ci ne se rendent chez l'assuré qu'un jour sur deux. Partant, son rapport d'enquête, qui retenait 105 minutes par jour de soins plutôt que les 83 minutes ressortant des déclarations de l'infirmière, se révélait largement favorable à l'assuré. Le reste de l'aide décrite relevait de l'aide à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et partant de l'allocation pour impotence. La SUVA a rappelé qu'il n'existait par ailleurs aucune base légale lui permettant d'allouer des prestations lorsque les soins et l'assistance nécessaires à un assuré ne sont pas couverts par les prestations d'assurance. !

16. Par écriture du 14 septembre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement à l'audition du Dr U _____ et de Madame V _____, et au fond à la prise en charge par la SUVA des frais d'intervention de la CSI, de PERMED SA et de l'Assistance à domicile pour la Ville et la campagne. Il rappelle qu'il bénéficie de soins infirmiers un matin sur deux, assurés par la CSI, tandis que les soins moins techniques sont prodigués par PERMED SA et l'Assistance à domicile pour

la Ville et la campagne un matin sur deux et chaque soir. Le recourant assume par ailleurs les frais pour l'entretien de son logement, au moyen de l'allocation pour impotent. Le recourant allègue que c'est sans explications que l'intimée, à la suite du rapport d'enquête, a retenu que les soins à domicile représentaient 105 minutes par jour, alors que ce chiffre ne tient absolument pas compte de l'assistance indispensable pendant 2h30 le matin et 1h20 le soir, et que cette appréciation ne tient pas compte du fait que les intervenantes, "contrairement à des machines, ne peuvent pas juxtaposer l'un derrière l'autre tous les gestes techniques nécessaires". En raison de la réduction des prestations de l'intimée, le recourant a dû réduire certaines prestations et les confier à la personne s'occupant de son ménage, dont ce n'est pas la tâche et qui ne dispose pas de la formation idoine. Sa qualité de vie en a ainsi été profondément et brutalement bouleversée. Il fait valoir que les prestations pour soins sont dues par l'assureur-accidents lorsqu'elles sont destinées à éviter une détérioration de l'état de santé, ce qui est manifestement son cas. Selon les dispositions légales, l'assuré a également droit aux soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient prodigués par une personne ou une organisation autorisée, et l'assureur-accidents a la faculté de participer à la prise en charge de prestations sortant du cadre de soins infirmiers. Le recourant affirme que les soins en cause sont bien des soins prescrits médicalement, sans lesquels il subirait des atteintes à sa santé. C'est dans le but de réduire les frais qu'il a recours à une infirmière un jour sur deux seulement, des aides-soignants s'occupant de lui les autres jours. Il invoque également que les conditions permettant d'invoquer le principe de la bonne foi et d'exiger que l'autorité respecte ses promesses sont réalisées en l'espèce. Partant, même à supposer que les soins prodigués ne rentrent pas tous dans la catégorie des soins médicaux prescrits, l'intimée n'avait pas le droit de modifier une situation qu'elle avait admise depuis plusieurs années. ![/endif]>![if > 17. Dans sa réponse du 31 octobre 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle rappelle qu'elle a procédé à une évaluation circonstanciée des soins à domicile dont bénéficie le recourant, en vertu de laquelle elle a retenu que la durée quotidienne des soins strictement médicaux est de 105 minutes par jour. Ce total comprend les examens et traitements pour 66 minutes et les soins de base pour 20 minutes par une personne autorisée, ainsi que 9 minutes d'examen et traitement et 10 minutes de soins de base par une aide à domicile. Elle souligne que le recourant n'établit pas que des soins strictement médicaux auraient été omis. Certains gestes accomplis par les aides-soignants ont été écartés du décompte horaire déterminant en conformité avec les dispositions légales, qui imposent la prise en charge par l'assureur-accidents du traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique et des soins médicaux au sens de soins infirmiers, sans prendre en compte les soins non médicaux tels que l'aide pour les actes ordinaires de la vie. S'agissant de sa bonne foi, l'intimée relève qu'elle ne s'est jamais engagée à prendre en charge indéfiniment l'ensemble des frais occasionnés par toutes les prestations nécessaires au recourant. Celui-ci dispose d'ailleurs de prétentions en réparation du dommage contre le responsable de l'accident dont il a été victime, et la décision de l'intimée n'est par conséquent pas susceptible de lui causer un préjudice irréparable. ![/endif]>![if > 18. Dans son écriture du 18 novembre 2011, le recourant souligne le préjudice grave engendré par la décision de l'intimée et sollicite l'audition de Madame V _____, qui permettra de procéder à des compléments d'instruction. ![/endif]>![if > 19. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée par pli du 22 novembre 2011. ![/endif]>![if > 20. Sur ce, la cause a été gardée à juger. ![/endif]>![if > EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des

assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable. 4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des soins à domicile dès le 1^{er} mars 2011. 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 8C_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3). 6. 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 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 (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). La prise en charge du traitement médical est octroyée aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré et cesse dès la naissance du droit à la rente, conformément à l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 116 V 41 consid. 2c ; ATF A U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). L'art. 21 al. 1 let. d LAA dispose que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) 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 ne subisse une notable détérioration. Cette disposition concerne les assurés qui, comme le recourant, sont totalement invalides et 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 (ATFA U 201/02 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 7. En vertu de 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. Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation de compétence en édictant l'art. 18 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202). Selon l'al. 1 de 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 sur l'assurance-maladie

(ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]). L'al. 2 prévoit que l'assureur peut, à titre exceptionnel, participer aux frais qui résultent des soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Les soins à domicile comprennent d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin. Ils comprennent 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). 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 (ATFA U 213/02 du 18 août 2003, consid. 2.2). Les assureurs sociaux ne doivent pas intervenir pour l'ensemble des soins à domicile mais uniquement pour ceux pour lesquels les dispositions légales topiques leur imposent le versement d'une prestation (ATF 116 V 41 consid. 5b et les références citées). Comme cela ressort des dispositions légales précitées, en matière d'assurance-accidents, l'obligation de verser des prestations est clairement limitée par l'art. 18 al. 1 OLAA aux soins à domicile prescrits par un médecin. Cela signifie que seuls le traitement thérapeutique et les soins médicaux doivent être pris en charge. 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 (ATF U 188/02 du 14 mars 2003, consid. 2.2). 8. Il convient de déterminer si la prise en charge des soins médicaux par l'intimée est conforme aux dispositions exposées ci-dessus. a) L'enquête du 26 janvier 2011 retient que les gestes suivants ne peuvent être considérés comme des soins prescrits médicalement : brossage de dents, douche, séchage, transferts du fauteuil au lit et du lit au fauteuil, habillage et déshabillage, petite toilette, positionnement et mise en charge du fauteuil roulant électrique, qui représentent 83 minutes quotidiennes. L'intimée a accordé au recourant des prestations ne couvrant que partiellement ces soins, tout en alléguant qu'elle n'y était pas contrainte car l'art. 18 al. 2 OLAA, visant la prise en charge des soins à domicile prodigués par une personne non autorisée, est une norme potestative. S'il est vrai que la jurisprudence considère que les prestations octroyées en vertu de cette disposition relèvent du pouvoir d'appréciation de l'assureur-accidents (ATF 116 V 41 consid. 7c), il ne s'agit pas en l'espèce d'un cas d'application de cet article dès lors que tant les soins médicaux du recourant que l'assistance dans les actes ordinaires de la vie lui sont dispensés par des infirmières et des organisations d'aide à domicile, soit des personnes autorisées au sens des art. 49 et 51 OAMal. Cependant, il convient de souligner que se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette (soins du corps), aller aux toilettes, se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sont considérés comme des actes ordinaires de la vie (ATF 121 V 88 consid. 3a). Or, si une aide est indispensable pour accomplir ces actes, elle donne droit à une allocation pour impotent aux conditions prévues à l'art. 38 OLAA mais ne relève pas de soins médicaux au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a nié un droit à la prise en charge complète de l'aide fournie pour ces gestes, que le versement d'une allocation pour impotent est destiné à couvrir. Si la Cour de céans est consciente des difficultés financières que peut entraîner

pour le recourant la décision de l'intimée de ne pas prendre en charge l'ensemble des prestations d'aide dont il a besoin, il faut néanmoins rappeler que le droit des assurances sociales est régi par le principe de la légalité. Cela signifie que les assurés ne peuvent se voir octroyer des prestations qui ne reposent pas sur une base légale, et que les assureurs sociaux ne peuvent en principe accorder des avantages à bien plaisir (Thomas LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., Berne 2003, p. 88 nn. 19 et 20). Or, en octroyant des prestations couvrant des activités qui ne relèvent pas des soins médicaux à raison de 39 minutes par jour, l'intimée est déjà allée au-delà de ses obligations légales. b) S'agissant des soins médicaux, la Cour de céans retient ce qui suit. Si l'on se réfère à l'inventaire des actes médicaux par l'infirmière du recourant, les soins médicaux dispensés par une infirmière représentent une moyenne par jour de 49 minutes, réparties comme suit : 20 minutes pour les soins liés à l'évacuation des selles, 15 minutes pour le changement de l'uriflac, le rasage et le pansement, 5 minutes pour la prévention d'escarres, 7.5 minutes pour la surveillance et l'aide dans la prise du traitement, et 1.5 minute pour le changement de la sonde sous-pubienne, nécessaire toutes les six semaines. La durée des soins médicaux assurés le matin par une aide-soignante est quant à elle de 7.5 minutes en moyenne par jour, et comprend des soins de prévention des escarres durant 5 minutes et le changement d'uriflac, représentant 2.5 minutes. Quant aux soins médicaux du soir, toujours dispensés par une aide-soignante, ils durent 25 minutes et englobent la mise en place de l'uriflac de nuit pendant 5 minutes, la prévention des escarres à raison de 5 minutes, et l'installation dans le lit dans une position anti-escarres (15 minutes). Selon les indications de l'infirmière, les soins médicaux représentent donc une moyenne quotidienne de 81.5 minutes. La Cour de céans relève par ailleurs qu'en additionnant les durées de chaque geste consigné dans le formulaire d'évaluation du 13 mai 2011 rempli par Madame V_____, y compris les activités non médicales tels que les transferts et la toilette, on aboutit à une durée totale est de 2h30 pour les infirmières le matin, d'1h25 pour les aide-soignantes le matin et de 35 minutes le soir. Or, ces durées sont sensiblement inférieures aux temps annoncés par l'infirmière dans son courrier du 16 mai 2011, dans lequel elle fait état d'une durée d'intervention totale de trois heures le matin pour les infirmières, d'1h30 le matin et d'une heure le soir pour les aides-soignantes. Les indications de Madame V_____ sont dès lors pour le moins contradictoires, de sorte qu'on ne peut s'y fier. L'évaluation de la durée des soins médicaux par l'intimée s'avère au demeurant plus favorable au recourant que celle ressortant du formulaire d'évaluation rempli par l'infirmière, et il n'existe aucun motif de s'en écarter. La décision de l'intimée doit ainsi également être confirmée en tant qu'elle porte sur la durée des soins médicaux à prendre en charge. c) Bien que le taux horaire retenu par l'intimée pour la rémunération des soins médicaux ne soit pas expressément contesté, il sied de noter que l'art. 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31) prévoit que les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins sur prescription médicale par des infirmiers ou des organisations de soins et d'aide à domicile comprennent notamment l'évaluation, les conseils et la coordination (al. 2 let. a), les examens et traitements tels que la pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés (al. 2 let. b ch. 5), la préparation et l'administration de médicaments ainsi que la documentation des activités qui leur sont associées, (al. 2 let. b ch. 7), le rinçage, le nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) (al. 2 let. b ch. 10), les soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale (al. 2 let. b ch. 11), ainsi que les soins de base comprenant les soins de base généraux pour les patients dépendants,

tels que bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement, aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter (al. 2 let. c ch. 1). L'art. 7a OPAS prévoit que la rémunération horaire est de 65 fr. 40 pour les prestations définies à l'art. 7 al. 2 let. b, et de 54 fr. 60 pour les soins visés à l'art. 7 al. 2 let. c. Le taux horaire de 65 fr. 40 appliqué par l'intimée pour la rétribution de l'ensemble des soins médicaux correspondant au montant le plus élevé prévu par l'art. 7a OPAS, il ne prête pas flanc à la critique. 9. Le recourant requiert l'audition de son médecin traitant et de Madame V_____. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, l'enquête de l'intimée tient compte de tous les soins médicaux recensés par l'infirmière et ni le Dr U_____ ni l'infirmière du recourant n'ont fait état d'autres besoins médicaux que l'intimée aurait ignorés, et les autres arguments avancés par l'infirmière dans son courrier du 16 mai 2011 se bornent à remettre en cause l'opportunité de la décision de l'intimée. Partant, l'audition de Madame V_____ et du médecin traitant s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves. 10. Le recourant invoque en outre le principe de protection de la bonne foi, en affirmant que l'intimée l'a violé en rendant la décision litigieuse après avoir pris en charge l'intégralité des factures afférentes aux soins à domicile durant des années. Le principe de la bonne foi découle directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale (Cst; RS 101) et protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration le concernant (ATF 130 I 26 , consid. 8.1). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, aux cinq conditions suivantes: l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, elle a agi ou est censée avoir agi dans les limites de ses compétences, l'administré ne pouvait pas se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore que ce dernier se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1; ATF 2C_99/2010 du 6 septembre 2010, consid. 4.1 et 4.2.2). Force est de constater en l'espèce que l'intimée n'a jamais donné d'assurance particulière au recourant sur la pérennité de la prise en charge des soins à domicile. Les conditions de la protection de la bonne foi ne sont dès lors pas réalisées. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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