

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 246 vom 3. April 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__246

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 246 du 3 avril 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 246 del 3 aprile 2013

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, SOINS MÉDICAUX | 18 al. 1
OLAA, 7 al. 2 OPAS

Erwägungen

E. 3

avril 2013 _____ Présidence de Mme Thalmann Juges :
Mme Röthenbacher et M. Merz Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause
pendante entre : P.J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine
Hofstetter, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à
Lucerne, intimée. _____ Art. 18 al. 1 OLAA; art. 7 al. 2 OPAS E n f a i t : A.
P.J. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, marié et père de quatre enfants, était employé
en qualité de chauffeur par l'entreprise C. _____ SA, à [...], et était de ce fait assuré
auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la
SUVA) contre les accidents. Le 24 juillet 2006, alors qu'il nageait dans une piscine
publique, il a été heurté par un enfant qui avait sauté depuis le bord de la piscine. Il en est
résulté une tétraplégie sensori-motrice complète, initialement au-dessous de C2 (AIS A),
dans l'évolution, une tétraplégie sensori-motrice incomplète au-dessous de C4 (AIS C),
avec innervation partielle jusqu'à C5. La CNA a pris cet accident en charge. Notamment,
les indemnités journalières ont été versées jusqu'au 28 février 2009, et le traitement médical
nécessaire a continué à être pris en charge au-delà de cette date. Selon décision du 23
janvier 2009, ont été reconnus le droit à une allocation pour impotent de degré grave dès le
1 er janvier 2009 ainsi que le droit à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de
travail totale dès le 1 er mars 2009, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un
taux de 100% a été versée. L'assuré reçoit en outre une rente entière de
l'assurance-invalidité depuis le 1 er juillet 2007, selon décision de l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 4 décembre 2008. B. En ce qui concerne
les soins à domicile, figurent au dossier notamment les pièces suivantes : - un document
vraisemblablement établi le 28 juillet 2009 par le Centre médico-social (ci-après : le CMS)
d'[,...], mais signé le 3 septembre suivant, qui indique ce qui suit concernant la prise en
charge : " Soins de base du matin 4/7, 1h30 le matin à deux intervenants -rasage au lit: une
auxiliaire le fait seule en attendant que sa collègue la rejoigne -toilette complète au lit : la
toilette doit être faite par deux personnes : une personne soutient le membre concerné ou
maintient la position latérale, pendant que la seconde exécute les soins. C'est également lors
de ces soins que l'état cutané est soigneusement contrôlé. -enfiler les bas de contention :
une personne maintient le membre ou la position pendant que la seconde enfiler les bas
-attelle pour la cheville gauche : une personne maintient le membre ou la position pendant
que la seconde met l'attelle -habillage au lit : les auxiliaires se mettent chacune d'un côté du

lit pour enfiler les vêtements, mobiliser monsieur et ajuster les vêtements pour éviter tout pli -transfert sur le fauteuil roulant : préparer le transfert (mettre le fauteuil roulant en place, escamoter l'accoudoir, mettre le lit à la bonne hauteur, positionner la planche de transfert) le transfert se fait à deux personnes avec une planche de transfert (une personne devant, qui prend M. P.J. _____ contre elle et une seconde dans un premier temps derrière et dans un second temps sur le côté) -installation au fauteuil roulant et mise en place des moyens de contrôle de l'environnement : repositionnement de M. P.J. _____ selon ses indications, vérifier qu'il n'y ait pas de pli, remettre l'accoudoir en place, positionner correctement les pieds et les mains, mettre l'appui-tête correctement, mettre en place les contrôles de l'environnement (mentonnière). Douché 3/7, 1h45 le matin à deux intervenants -transfert avec la cigogne du lit à la chaise de douche : le transfert se fait avec la cigogne pour des questions de prévention cutanée, M. P.J. _____ n'étant pas habillé. Mobiliser M. P.J. _____ pour pouvoir mettre le filet de transfert, accrocher le filet à la cigogne et l'enlever une fois M. P.J. _____ installé sur la chaise de douche -douche : M. P.J. _____ est assis sur sa chaise de douche. Les auxiliaires doivent accomplir tous les gestes permettant à M. P.J. _____ d'être lavé en l'aidant pour se pencher, soulever les membres, ... d'où la nécessité d'être deux -rasage sous la douche -transfert avec la cigogne de la chaise de douche au lit : Mobiliser M. P.J. _____ pour pouvoir mettre le filet de transfert, accrocher le filet à la cigogne et l'enlever une fois M. P.J. _____ installé sur le lit. -sécher monsieur : une personne soutient le membre concerné ou maintient la position latérale, pendant que la seconde exécute les soins. C'est également lors de ces soins que l'état cutané est soigneusement contrôlé. -enfiler les bas de contention : une personne maintient le membre ou la position pendant que la seconde enfle les bas -attelle pour la cheville gauche : une personne maintient le membre ou la position pendant que la seconde met l'attelle -habillage au lit : les auxiliaires se mettent chacune d'un côté du lit pour enfiler les vêtements, mobiliser monsieur et ajuster les vêtements pour éviter tout pli -transfert sur le fauteuil roulant : préparer le transfert (mettre le fauteuil roulant en place, escamoter l'accoudoir, mettre le lit à la bonne hauteur, positionner la planche de transfert). le transfert se fait à deux personnes avec une planche de transfert (une personne devant, qui prend M. P.J. _____ contre elle et une seconde dans un premier temps derrière et dans un second temps sur le côté) -installation au fauteuil roulant et mise en place des moyens de contrôle de l'environnement : repositionnement de M. P.J. _____ selon ses indications, vérifier qu'il n'y ait pas de pli, remettre l'accoudoir en place, positionner correctement les pieds et les mains, mettre l'appui-tête correctement, mettre en place les contrôles de l'environnement (mentonnière). Aide au coucher 7/7 le soir à deux intervenants. 45 min. -transfert avec la planche de transfert du fauteuil roulant électrique au lit : débrancher le fauteuil roulant, contrôle de l'environnement, préparer le transfert (escamoter l'accoudoir, mettre le lit à la bonne hauteur, positionner la planche), une personne prend M. P.J. _____ contre elle, la seconde se positionne sur le lit pour accompagner le transfert, stabiliser et maintenir M. P.J. _____ une fois assis sur le lit. Coucher M. P.J. _____ sur le dos. -déshabillage : les auxiliaires se mettent chacune d'un côté du lit pour enlever les vêtements, mobiliser monsieur et ajuster les vêtements de nuit pour éviter tout pli -toilette partielle + brossage des dents : la toilette doit être faite par deux personnes : une personne soutient le membre concerné ou maintient la position latérale, pendant que la seconde exécute les soins. - Mardi soir : après la piscine, foehner orteils et plis inguinaux. C'est également lors de ces soins que l'état cutané est soigneusement contrôlé. -installation au lit : mise en place des divers coussins pour positionner M. P.J. _____ selon ses indications

afin d'éviter tout appui prolongé, pour favoriser le drainage des membres et pour prévenir tout risque de lésion cutanée. Débouchage manuel des selles 1 jour sur 2 lors de la prestation du matin -débouchage manuel selon délégation médicale (cf. annexe) Pose d'un condom 1 jour sur 2 lors de la prestation du matin -pose du condom 1 jour sur 2 pendant le soin du matin (selon protocole de parahelp cf. annexe) Soins des ongles 1 fois par semaine lors de la douche : -soins de ongles pieds et mains : effectués, sur délégation infirmière, uniquement par une infirmière assistante ou une aide soignante (couper et limer si nécessaire) Intervention non-planifiée à deux personnes: -peut arriver si le condom fuit : dans ce cas, transférer M. P.J. _____, le coucher, le déshabiller, faire une toilette intime, poser le condom (selon protocole), l'habiller, le transférer, l'installer dans son fauteuil roulant. Interventions détaillées selon les points précédents." - un rapport d'enquête sur le déroulement de la journée établi le 30 septembre 2010 par l'inspecteur D. _____ et dont il résulte ce qui suit : Heure: de... à... Travail, comportement, soins (description de l'activité) Temps consacré en minutes Soins médi-caux spéciaux (en minutes) Soins non méd. (indemnisés par Apl) 0700 0715 0900-1030 Dès 1030 1800 2130 Dès 2230 Réveil Préparer et donner les médicaments par l'épouse 2 dames du CMS interviennent durant 1h30 le matin, tous les jours (week-end inclus), donc 7 fois par semaine. Au niveau médical, elle[s] font la surveillance générale, et contrôle[nt] l'état cutané de la peau sur tout le corps. Elle s'occupent aussi de sortir les sel[le]s et de changer les condoms (1 seule "travail" selon le soin) Massage par les dames du CMS des points d'appui et douloureux (prévention anti-escar[re]s) Mise des bas de soutien pour éviter les thromboses Mme P.J. _____ s'occupe de soigner son mari (cas maladie (lorsque c'est le cas, mais cela prend vite des proportions importantes – Dernière diarrhée de 7 jours avec changement complet toutes les 2 heures car était au lit) – A chaque fois, Mme B.J. _____ doit faire un contrôle de l'état cutané et pommer les endroits irrités / idem pour les lâchages de condoms régulièrement / changement des poches Repositionnement du blessé durant la journée (3 fois par jour) à cause des spasmes. Ergothérapie 1 fois par mois à domicile Tous les mardis physio 1h et 30 min. d'ergo après à [...] Physio à domicile 2h par semaine Transport pour mesures médicales (physio, ergo, médecin éventuel) – aller-retour 1 fois par mois recherche résultat TP chez méd. traitant Préparation et administration des médicaments 2 dames du CMS interviennent durant 45 min. le soir, tous les jours (week-end inclus), avec positionnement et placement des coussins spéciaux pour éviter les escar[re]s. Surveillance respiratoire par Mme P.J. _____ durant la nuit, voire repositionnement à la demande (inestimable)

E. 005

060 060 030 120 Total des soins médicaux par jour en minutes 257 Total des soins médicaux par mois en heures 128.5 - un compte-rendu du 21 septembre 2011 consécutif à un entretien du 20 septembre 2011 entre l'inspecteur D. _____, K. _____, responsable du CMS d' [...], et M. _____, gestionnaire du dossier et ergothérapeute, mentionnant notamment ce qui suit : "Mes interlocutrices m'informent que les 2 personnes qui se rendent chez M. P.J. _____ sont bien des auxiliaires de santé et non pas des infirmières (voir annexe). Elles prodiguent donc des soins de base et par conséquent des actes courants de la vie. Elles s'y rendent bien 7 jours sur 7, en matinée et en soirée. Elles réalisent la toilette, l'habillage, les transferts et la surveillance cutanée. Mme K. _____ me renvoie au DMSTAM du 28.07.2009 qui n'a pas fondamentalement changé depuis à part l'évacuation des selles qui est devenue quotidienne; pour le reste, cela est superposable. Mme M. _____ m'a renseigné sur les points suivants : - Le lever du matin dure 10

bonnes min. - Les contrôles cutanés durent en moyenne 15 min./jour. - L'extraction manuelle des selles se fait 1 fois par jour maintenant et cela dure environ 15 min. en moyenne, dès le moment propice qui se présente. - Le changement du condom se fait aussi 1 fois par jour et cela prend environ 15 min. également. - La mise et l'enlèvement des bas de contention prend 10 minutes le matin (mise) et 10 minutes le soir (enlèvement). - Le coucher (10 min.) et le positionnement nocturne (15 min.) dure[nt] au total environ 25 min. Toutes ces prestations sont facturées à Fr. 50.90, mais si l'extraction manuelle des selles devait se faire dans l'avenir par une infirmière, cela passerait à Fr. 65.40. De plus, une infirmière se rend au domicile de notre assuré 1 fois toutes les 3-4 semaines pour les prises de sang liées aux suites de l'accident. Il s'agit d'un cas difficile, car la prise de sang doit se faire sur les pieds, vu que M. P.J._____ est difficile à piquer aux endroits habituels. Du coup, cela prend environ 20 minutes. Selon Mme M._____, pour ce qui est de la réduction des soins, cela correspondait à l'idéal du départ, mais il n'en est rien du tout et il se fait toujours au même rythme." La CNA a rendu le 5 octobre 2011 une décision dont il résulte notamment ce qui suit : "Conformément à l'art. 18 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), l'assureur participe aux frais résultant de soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne autorisée. A titre exceptionnel, l'assureur peut participer aux frais résultants de soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Selon les documents en notre possession, les mesures déployées dans le cadre des soins à domicile mentionnés ci-dessus représentent environ 552.50 heures par an, dont 187.50 constituent des "examens et traitement" et 365 heures des "soins de base". Pour évaluer la prestation, nous prenons en considération le tarif local des organisations de soins à domicile. Ce tarif horaire est de CHF 65.40 pour les "examens et traitements" et de CHF 54.60 pour les "soins de base". Par conséquent, nous vous verserons une participation mensuelle de CHF 2663.00 à compter du 1 er novembre 2011." L'assuré a formé opposition à cette décision par acte du 7 novembre 2011, complété le 16 janvier 2012. La CNA a confirmé sa décision du 5 octobre 2011 par décision sur opposition du 13 février 2012, en considérant notamment ce qui suit : "[...] le Conseil fédéral a édicté à l'art. 18 al. 1 OLAA que 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 OAMaI. Cette disposition n'impose donc à l'assureur le devoir de participer aux frais pour soins à domicile que si ceux-ci ont été prescrits par un médecin, ce qui implique qu'ils ne comprennent que des soins (ou traitements) médicaux, voire infirmiers (ATF 116 V 41, cons. 5c; arrêt du TFA U 188/02 du 14.3.2003). En outre, il convient de tenir compte du fait que, d'une manière générale, il ne peut être participé aux frais que pour les mesures qui ne sont pas couvertes par l'allocation pour impotent. Au sens de l'art. 7 al. 2 let. b et c, ch. 1 notamment, OPAS; les prestations en question comprennent les examens et traitements d'une part, et les soins de base généraux pour les patients dépendants, d'autre part, tels que d'une manière toute générale : 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, en relevant qu'en matière LAA seules les positions relatives à l'installation, les exercices, la mobilisation et la prévention sont en principe à prendre en compte. Les autres étant couvertes par l'allocation pour impotence. En vertu de l'art. 18 al. 2 OLAA l'assureur peut, à titre exceptionnel, participer aux frais qui résultent des soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Dès lors,

contrairement à la situation visée par l'art. 18 al. 1 OLAA, l'assuré n'a aucun droit à une telle participation, qui est laissée à la libre appréciation de l'assureur et ne saurait être imposée par le juge (ATF 116 V 41, cons. 7c; RAMA 1993, p. 55). En l'occurrence, la décision attaquée est fondée sur un rapport d'enquête réalisé le 20 septembre 2011, qui décrit horaire à l'appui le temps consacré en minutes aux soins médicaux spéciaux ou, respectivement non médicaux. Ladite décision a retenu que les mesures déployées dans le cadre des soins à domicile représentaient 187.50 heures par an qui constituent des examens et traitements et pris en l'espèce en charge au tarif infirmier, et 365 heures, des soins de base prodigués par une personne autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA. L'opposant ne s'est pas expressément opposé à ce décompte. Dans un premier temps, il a seulement émis l'hypothèse que la base de calcul pourrait être erronée, sans développer ce motif ou y revenir par la suite. Aussi, force est de constater que le total de la participation des soins à domicile incombant à la Suva, au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA, a été équitablement comptabilisé et chiffré." C. Par acte du 15 mars 2012, P.J. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec suite de dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge l'entier des frais médicaux et extra-médicaux, en tant qu'ils découlent de la tétraplégie consécutive à l'accident du 24 janvier 2006, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Il a requis la mise en oeuvre d'une expertise dans le but de déterminer la nature, l'objet et l'étendue des soins médicaux et extra-médicaux dont il a besoin. Il allègue notamment que, sur la base du décompte établi par le CMS d'[...], les soins à domicile qui lui sont dispensés nécessitent une prise en charge de l'ordre de 7'622 fr. en moyenne sous déduction du forfait de 2'683 fr. fixés par la CNA, le montant de 4'939 fr. n'étant ainsi pas pris en charge par l'intimée. Il soutient que de telles prestations sont effectivement dispensées et justifiées médicalement et qu'une prise en charge se justifie dès lors à ce seul point de vue, d'autant plus qu'il semblerait qu'un traitement soit à la charge exclusive d'une seule assurance selon l'art. 64 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), ce qui implique que lui-même ne pourra pas se retourner pour le solde auprès de son assurance-maladie. Il requiert de l'autorité de céans qu'elle prenne position sur cette question. Il prétend en outre que les soins pris en charge par la CNA, que ce soit à titre d'allocation pour impotent ou de prise en charge du traitement au sens de l'art. 21 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20) ainsi que les prestations pour soins à domicile au sens de l'art. 18 al. 1 et 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), ne couvrent manifestement pas ses besoins médicalement justifiés que ce soit en terme de frais médicaux ou de soins extra-médicaux. A l'appui de ses dires, le recourant a produit un lot de pièces, parmi lesquelles les factures de prestations du CMS d'[...] adressées à l'intimée pour les mois de janvier à décembre 2011. Les mois de janvier et février 2011 exceptés (2'356 fr. 15 et 2'867 fr.20), les montants de ces factures mensuelles varient entre 6'657 fr. 65 pour le montant le plus bas et 8'547 fr. 40 pour le montant le plus haut. Dans sa réponse du 4 mai 2012, la CNA a conclu au rejet du recours. Invitée à produire un décompte détaillé de sa participation aux frais résultant des soins à domicile par le CMS, la CNA s'est référée au compte-rendu de l'entretien du 20 septembre 2011, établi le 21 septembre 2011 par l'inspecteur D. _____. Elle a ajouté que sa participation aux soins à domicile avait été fixée comme il suit : "Selon l'art. 7/2, let.b, OPAS: - Extraction des selles = 15'/jour - Changement de condom = 15'/jour - Prise de sang = 20' toutes les 3-4 semaines, soit 15 x/an = 5h/an Total: 30' x 365 j.

= 182.5 h. + 5 h. = 187.5 x Fr. 65.40 (tarif soins infirmiers) = Fr. 12'265.50/an Selon l'article 7/2, let.c, OPAS: - Installation spécifique aux paralysés (prévention des escarres y comprise) = 10' - Installation pour la nuit = 10' - Repositionnement durant la nuit = 10' - Prévention/contrôles cutanés = 10' - Mise/enlèvement des bas de contention = 20' Total: 60' x 365 j. = 365 h. x Fr. 54.60 (tarif soins de base) = Fr. 19'929.--/an Montant mensuel forfaitaire: Fr. 12'265.50 + Fr. 19'929.-- = 32'194.50 : 12 = Fr. 2'683.--/mois " Elle ajoute que s'il a été tenu compte pour le repositionnement nocturne ainsi que pour les contrôles cutanés de dix minutes au lieu des quinze minutes indiquées par le centre, c'est en raison du fait que l'expérience montre que le repositionnement nocturne, lorsqu'il est effectué par des personnes expérimentées, ne prend en général que dix minutes. S'agissant du poste contrôle cutané, le centre a omis, selon l'intimée, de tenir compte du fait que la prévention des escarres est déjà prise en compte sous la rubrique installation spécifique aux paralysés, cette mesure ayant notamment pour but de prévenir l'apparition de telles affections. Ainsi, l'expérience montre que dix minutes suffisent pour le contrôle cutané du patient. La CNA expose en outre que l'ergothérapie est prise en charge au titre de l'art. 21 LAA (frais de traitement) de sorte qu'elle ne doit pas être prise en considération dans le calcul. Elle allègue par ailleurs qu'en matière de LAA, seules les positions relatives à l'installation, les exercices de mobilisation et la prévention sont en principe à prendre en compte, les autres positions prévues à l'art. 7 al. 2 let. b et c OPAS étant déjà couvertes par l'allocation pour impotence. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid 2c; ATF 110 V 48 consid 4a; RCC 1985 p. 53). Selon l'art. 64 LPGA, le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (al. 1). Si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de : l'assurance militaire, l'assurance-accidents, l'Al, l'assurance-maladie (al. 2). L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier, même si l'atteinte à la santé n'est pas entièrement due à l'événement qu'il est tenu de couvrir (al. 3). Par ailleurs, l'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement des atteintes à la santé dont il n'a pas à répondre lorsque ces atteintes surviennent au cours d'un traitement hospitalier et ne peuvent être traitées séparément (4). Les assureurs sociaux ne doivent pas intervenir pour l'ensemble des soins à domicile mais uniquement pour ceux pour lesquels la

loi ou l'ordonnance qu'ils appliquent leur impose le versement d'une prestation (cf. TFA U 188/02 du 14 mars 2003 consid. 2.2). En l'espèce, la décision attaquée porte sur les prestations qui doivent être prises en charge par l'assureur-accidents en application de la LAA et de son ordonnance. C'est donc uniquement cette question qui doit être examinée dans le présent recours et non pas l'étendue de prestations éventuellement dues par une autre assurance sociale. 3. a) Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais 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 subisse une notable détérioration. Sont concernés les assurés totalement invalides 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 (cf. TFA U 188/02 précité consid. 1). La prise en charge de telles mesures par l'assureur-accidents ne fait pas obstacle au maintien du droit de l'assuré à une indemnité pour impotence grave (cf. ATF 124 V 57 consid. 4 et l'arrêt cité). Selon l'art. 10 al. 3 LAA, le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance-accidents 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. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 18 OLAA relatif aux soins à domicile. Selon 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 du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102). L'assureur peut, à titre exceptionnel, participer aux frais qui résultent des soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Dans un arrêt paru aux ATF 116 V 41, notamment 47 consid. 5, le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de préciser ce qu'il y avait lieu d'entendre par soins à domicile au sens de ces dispositions (cf. ATF 116 V 47 consid. 5). Cette notion englobe d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin. 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. 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) (cf. ATF 116 V 47 consid. 5a). Selon la jurisprudence (cf. TFA U 188/02 précité consid. 2.2 et TFA U 213/02 du 18 août 2003 consid. 2.2), en matière d'assurance-accidents, l'obligation de l'assureur de verser des prestations pour soins à domicile est clairement réglée par l'art. 18 OLAA. Cette disposition oblige au versement de prestations pour les «soins à domicile prescrits par un médecin» (al. 1 er). Il en découle que l'obligation de prester doit être limitée au traitement thérapeutique et aux soins médicaux, 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. Une prescription médicale formelle n'est toutefois pas nécessaire; il suffit que les mesures médicales qui doivent être appliquées à la maison soient médicalement indiquées (cf. ATF 116 V 48 consid. 5b et c). Dès lors, 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.

E. 5

min. 1h30

E. 10

rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,

E. 11

soins en cas de troubles de l'évacuation, urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,

E. 12

assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,

E. 13

soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,

E. 14

soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui; c. les soins de base: 1. 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. 2. [...]" En l'espèce, l'intimée mentionne dans la décision attaquée s'être fondée sur le rapport consécutif à l'enquête réalisée le 20 septembre 2011, dans lequel il est fait référence au document établi le 28 juillet 2009 par le CMS. Or, ce dernier document mentionne que deux personnes interviennent pour s'occuper du recourant. Il en résulte par exemple que pour enfiler les bas de contention, une personne maintient le membre ou la position pendant que la seconde enfile les bas. Il est mentionné également la pose d'une attelle pour la cheville gauche, dont il n'est plus fait état par la suite. Ce document indique en outre des soins aux ongles effectués sur délégation infirmière, uniquement par une infirmière assistante ou une aide soignante, dont il n'est plus fait état par la suite non plus. Dans le rapport d'enquête réalisé le 20 septembre 2011, il est également mentionné l'intervention de deux personnes. Ce document ne précise toutefois pas si le temps indiqué au regard de chaque prestation concerne une ou deux personnes. Ce document indique en outre un positionnement nocturne uniquement alors qu'un rapport d'enquête établi le 30 septembre 2010 mentionne un repositionnement trois fois par jour, ce qui dure 30 minutes. Ces quelques exemples démontrent que les différents documents produits apparaissent incomplets, voire contradictoires sur certains points. La décision attaquée ne comporte pas de décompte précis des prestations allouées et celui produit par la CNA en cours de procédure ne lève pas ces contradictions et imprécisions. Il suit de là que le dossier ne permet pas à la Cour de

statuer et que la cause doit être renvoyée à l'intimée afin qu'elle fasse établir, que ce soit par le CMS, Pro Infirmis ou par expertise, un rapport indiquant notamment un décompte précis des soins à domicile prodigués, le temps consacré pour chacun d'eux et par personne, ainsi que le coût, puis rende une nouvelle décision. 4. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit être fixé à 2'500 fr.

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