

200.2014.274.LAA

ANP/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 28 août 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et Ch. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 17 février 2014



En fait:

A.

A la suite d'un accident de voiture survenu le 5 mai 2012, A. _____, né en 1964 et facteur postal de métier (licencié à fin mai 2014 par son employeur), est atteint d'une tétraplégie sensitivo-motrice complète en dessous de C5 avec innervation partielle sensitive jusqu'à D3 à droite et innervation motrice partielle jusqu'à C7, d'une dysrégulation autonome du système nerveux végétatif associé à divers troubles fonctionnels ainsi que d'un trouble ventilatoire restrictif. Après une opération en urgence dans un hôpital universitaire en vue d'une stabilisation ventrale C5-7, l'assuré a été transféré le jour même de l'accident au Centre suisse des paraplégiques (CSP) où il a séjourné jusqu'au 7 février 2013. En raison des travaux nécessités par l'adaptation de son logement au handicap, il n'a pu réintégrer celui-ci qu'en date du 14 août 2013 et a séjourné en home dans l'intervalle (dossier [dos.] SUVA II 111/1; 126/1- 2; 171/1 et 196/1).

La SUVA a pris en charge les coûts liés aux traitements médicaux prodigués, à divers moyens auxiliaires, et a alloué des indemnités journalières (IJ) ainsi qu'une avance sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI; dos. SUVA I 52 et 89/1-2; dos. SUVA II 111/1-3). L'assuré s'est en outre vu accorder par l'assurance-invalidité (AI) d'autres moyens auxiliaires dans le cadre d'une adaptation de son logement, ainsi que des IJ en lien avec une observation professionnelle qui a abouti à un refus de mesures professionnelles et à l'examen en l'état d'un droit à d'autres prestations.

B.

Sur mandat de la SUVA, la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (FSCMA) a procédé le 2 juillet 2013 à deux enquêtes relatives, respectivement, à l'allocation pour impotent (API) ainsi qu'au déroulement de la journée de l'assuré. Les rapports de ces visites, effectuées par le biais d'une infirmière de la

FSCMA ainsi qu'en présence de l'assuré et d'une collaboratrice de la SUVA, ont été établis sur la base des informations recueillies auprès de l'assuré dans le home où il séjournait encore. En date du 20 août 2013, la SUVA a par ailleurs délégué l'association C. _____ en vue d'une visite au domicile de l'assuré par le biais également d'une infirmière (rapport y relatif du 8 octobre 2013).

Se fondant sur les enquêtes précitées de la FSCMA, la SUVA a rendu le 6 septembre 2013 une décision par laquelle elle a, d'une part, alloué à l'assuré une API de degré grave s'élevant à Fr. 2'076.- par mois et, d'autre part, arrêté à 78 minutes par jour les soins médicaux requis à domicile, respectivement à Fr. 2'389.- la participation mensuelle à ceux-ci (en faisant application du tarif horaire de Fr. 65.40 concernant les examens et traitements et de celui de Fr. 54.60 pour les soins de base). Une opposition de l'intéressé à l'encontre du montant de la participation précitée prétendument sous-évalué a été rejetée par décision du 17 février 2014.

C.

Par acte du 18 mars 2014, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle décision. A l'appui, il produit un plan d'intervention du 28 août 2013 du service d'aide et de soins à domicile D. _____. Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2014, la SUVA a conclu au rejet du recours, en se référant à une prise de position du 22 mai 2014 de l'infirmière précitée de la FSCMA. A réception d'une seconde détermination établie le 9 septembre 2014 par cette même collaboratrice, l'intimée a complété sa réponse en date du 11 septembre 2014, tout en maintenant ses conclusions antérieures.

Dans sa réplique du 18 novembre 2014, le recourant, par son mandataire, a confirmé ses conclusions antérieures, après s'être notamment prononcé sur les deux déterminations de la FSCMA. A l'appui de sa duplique du 26 janvier 2015, la SUVA a maintenu ses conclusions et transmis au Tribunal un rapport opératoire du 23 septembre 2014 du CSP relatif à une

reconstruction chez l'assuré de la fonction de préhension à la main droite, ainsi qu'un rapport de sortie du 17 décembre 2014 du même centre médical. Après avoir rappelé les limites posées à l'objet de la contestation, la Juge instructrice a invité le mandataire du recourant à produire sa note d'honoraires (établie en date du 17 février 2015). Une nouvelle évaluation du 24 avril 2015 et un nouveau calcul de la participation mensuelle aux frais de soins à domicile, transmis par courrier du 30 juin 2015 de l'intimée, ont été formellement écartés du dossier (ordonnance du 1^{er} juillet 2015).

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 17 février 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme l'octroi au recourant d'une participation mensuelle à ses frais de soins à domicile s'élevant à Fr. 2'389.-. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'établissement d'une nouvelle enquête sur place tenant compte du temps réel nécessaire pour les soins médicaux quotidiens de l'assuré. Dans la mesure où l'intimée, au vu des pièces produites à l'appui de sa duplique et postérieurement, souhaiterait que le Tribunal connaisse de situations de fait postérieures à la date de la décision attaquée (voir duplique, p. 2), sa requête dépasserait les limites de l'objet de la contestation et a quoi qu'il en soit déjà été rejetée par la Juge instructrice en date du 27 janvier 2015 (voir ordonnance y relative et au surplus c. 4.3 infra).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et

74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Aux termes de l'art. 10 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20), l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. 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;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Cependant, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir, notamment 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 (art. 21 al. 1 let. d LAA).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 c. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2007, p. 891 n° 138). En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition. Comme cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, 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. On vise ici 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. La prise en charge de telles mesures par l'assureur-accidents ne fait pas obstacle au maintien du droit de l'assuré à une IPAI grave (ATF 124 V 52 c. 4 et l'arrêt cité).

2.2 Selon 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.

Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 18 de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202) 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 fédérale 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 c. 5, l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA) a eu l'occasion de préciser ce qu'il y avait lieu d'entendre par soins à domicile au sens de ces dispositions. 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; ATF 116 V 41 c. 5a).

2.3 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. 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). Il en découle que l'obligation de prêter 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 (ATF 116 V 41 c. 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. 10 al. 1 LAA, soit pour les soins à domicile au sens des deux premières catégories précitées.

3.

3.1 En l'espèce, à la date de la décision relative à la participation aux frais de soins à domicile et à l'API, la SUVA n'avait pas encore statué sur la rente et seulement provisoirement sur l'IPAI. Elle n'avait donc pas clôturé le cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 140 V 130 c. 2.2). Le droit à la prestation ici litigieuse (participation aux frais de soins à domicile) n'est donc pas (encore) soumis à l'art. 21 LAA, à la différence de la jurisprudence usuellement citée dans ce contexte. Cette différence dans le stade de la procédure menée par l'assureur-accidents n'a toutefois aucune incidence sur les conditions d'octroi de la prestation en cause compte tenu de l'art. 21 al. 1 let. d LAA qui, pour les assurés totalement invalides (notamment ceux atteints de tétraplégie), prévoit justement une continuation de la prise en charge des mesures médicales au sens de l'art. 10 LAA au-delà de la fixation du droit à la rente.

3.2 Pour déterminer le montant des frais de soins à sa charge, la SUVA s'est fondée sur une analyse du temps consacré en minutes, chaque jour, aux actes à caractère exclusivement médical ou infirmier au sens de l'art. 18 OLAA (soins médicaux qualifiés de spéciaux par la FSCMA), abstraction faite des prestations d'assistance déjà indemnisées par l'API ainsi que de celles liées aux tâches ménagères pas non plus couvertes par les prestations de l'AI. Sur la base des données fournies par la FSCMA le 2 juillet 2013 dont elle ne s'est écartée que pour retrancher 1.4 minutes par jour concernant la préparation des médicaments dans une dosette pour toute la semaine (prestation relevant effectivement de l'API, voir c. 3.3 infra), elle a fixé sa participation à ces frais à un montant de Fr. 2'388.92 par mois (montant arrondi à Fr. 2'389.-). Les 78 minutes de soins par jour retenues par la SUVA (comparativement aux 79.4 minutes admises quotidiennement dans l'enquête de la FSCMA) ont été ensuite indemnisées à raison de 42 minutes au tarif horaire de Fr. 65.40 pour les examens et traitements (enlever, changer et vider le sac à urine: 16.7 min.; enlever, nettoyer et mettre le masque BIPAP [biphasic positive airway pressure]: 6.3 min.; mettre un suppositoire: 1 min.; stimulation et extraction manuelle des selles: 7.5 min.; pansement cathéter sous-pubien: 2.5 min.; préparation et administration de médicaments: 8 min.) et de 36 minutes selon le tarif de

Fr. 54.60 par heure applicable aux soins de base (enlever et remettre l'attelle de main: 5 min.; prévention des escarres: 16 min.; installation spécifique aux paralysés: 15 min.; pour tout ce qui précède: dos. SUVA II 143/6 et 148).

Ni la répartition des prestations entre examens et traitements d'une part ainsi que soins de base d'autre part, ni le tarif local des organisations de soins à domicile appliqué par l'intimée pour ces deux catégories de prestations ne sont à bon droit contestés dans le recours (voir à ce sujet: art. 7 al. 2 let. b et c et 7a al. 1 let. b et c de l'ordonnance fédérale du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS, RS 832.112.31). Hormis le fait que l'enquête de la FSCMA aurait été ordonnée trop tôt alors qu'il séjournait encore dans une institution adaptée à ses besoins et que la participation aux soins à domicile fixée par l'intimée ne tiendrait pas compte d'interventions ponctuelles supplémentaires, l'assuré soutient pour l'essentiel que les soins médicaux requis à son domicile ont été méjugés quant à leur durée (voir recours, art. 4 à 6, p. 3 et 4, et réplique, p. 1). Il se réfère au plan d'intervention par prestations établi par D._____, lequel service suit ses propres soins journaliers et évaluerait plus largement que la FSCMA certains soins médicaux (selon ses dires: mettre les bas de compression: D._____, 10 min. et FSCMA, 3 min.; pansement du cathéter sous-pubien: D._____, 15 min. et FSCMA, 2.5 min.; extraction manuelle des selles: D._____, 20 min. et FSCMA, 8.5 [recte: 7.5] min.). D'autres soins médicaux, tels que le contrôle du pouls, de la respiration et du poids, la prise de la température, les ponctions, la préparation et l'administration des médicaments, n'auraient en outre pas été pris en compte, respectivement que partiellement, par l'intimée (pour tout ce qui précède: recours, art. 5, p. 4; dos. SUVA II 143/5 et dos. rec. 3, p. 1 et 2).

3.3 Dès l'abord, l'on précisera qu'un droit à la prise en charge de mesures médicales au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA ne tombe pas du seul fait de l'octroi au recourant d'une indemnisation du plus haut degré en lien avec son impotence grave. Aux termes de l'art. 38 al. 2 OLAA, l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent, en particulier s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous

les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. Certes, il faut comprendre par la notion de soins permanents (selon la jurisprudence relative aux art. 42 al. 2 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et 36 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), lesquels sont requis en plus du besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie, une sorte de prestation d'assistance médicale ou thérapeutique rendue nécessaire en raison de l'état physique ou psychique de la personne assurée. A titre d'exemple, l'on peut mentionner la nécessité d'administrer quotidiennement des médicaments ou de poser un bandage. L'ancien TFA a cependant retenu de manière répétée que l'aide (directe ou indirecte) de tiers pour l'exécution de chacun des actes ordinaires de la vie s'entend de façon à ce point étendue que l'autre condition - cumulative selon l'art. 36 al. 1 RAI - des soins permanents ou de la surveillance personnelle ne revêt plus qu'une importance secondaire et qu'une réalisation atténuée de celle-ci doit ainsi déjà suffire au sens de la disposition précitée. Néanmoins, d'après cette jurisprudence qui s'applique aussi dans le cadre de l'art. 38 al. 2 OLAA, lorsque l'impotence grave doit être admise dans les limites précitées plus larges en cas de besoin manifeste d'aide pour les six actes ordinaires de la vie quotidienne - comme c'est à l'évidence le cas lorsqu'est en cause une tétraplégie de la présente gravité -, cela ne saurait impliquer que les prestations pour soins effectivement fournies de manière très étendue sont forfaitairement couvertes par l'API. Il y a au contraire toujours place pour une indemnisation supplémentaire dans le cadre de l'art. 18 al. 1 OLAA, laquelle ne consiste toutefois pas dans une prise en charge intégrale des soins à domicile, mais uniquement dans l'octroi d'une participation à ceux-ci (ATF 116 V 41 c. 6a à 6c in fine avec références citées).

4.

4.1 Au cas particulier, le plan du D. _____ que le recourant invoque à l'appui de son recours comptabilise les temps d'intervention par prestations selon que celles-ci relèvent ou non de l'OPAS et lorsque tel est le cas, répartit lesdites prestations en trois catégories (a, b et c - au sens

des let. a [évaluation, conseils et coordination], b [examens et traitements] et c [soins de base] prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS). Or, contrairement à la situation qui prévaut en matière d'assurance-maladie (obligatoire) où les soins de base au sens de la let. c précitée sont intégralement pris en charge (ATF 127 V 94 au sujet de la coordination avec l'allocation pour impotence grave de l'AVS/AI), seuls les soins proprement médicaux et infirmiers à l'exclusion des autres soins comme l'aide pour les actes ordinaires de la vie et les soins corporels peuvent être assumés par l'assureur-accidents, aux conditions des art. 10 al. 1 et 3, 21 al. 1 LAA et 18 OLAA (c. 2.3 supra; TF 8C_332/2012 du 18 avril 2013 c. 3.3, U 213/02 du 18 août 2003 c. 4). Pour ce motif déjà, le plan d'intervention du D._____ ne saurait par conséquent s'avérer déterminant pour élucider les durées d'intervention au sens de l'OLAA, à tout le moins pas en tant qu'il comptabilise de manière globale les prestations relevant de l'assurance-maladie obligatoire. En ce sens, le recourant ne peut ainsi en tout cas bénéficier de l'entier des prestations minutées par D._____ au titre de l'OPAS et qui s'élèvent à 4.3 heures ou 258 minutes par jour (dos. rec. 3, p. 2). L'assuré ne l'a lui-même du reste pas requis, puisqu'il conclut à une réévaluation de ses soins journaliers au moyen d'une nouvelle enquête sur place.

A la lecture du plan d'intervention du D._____, l'on constate par ailleurs que, sur les 4.3 heures susmentionnées, la plus grande partie du temps comptabilisé, à raison de 2.8 heures ou 168 minutes par jour, concerne les soins de base prévus à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS et est déjà pour l'essentiel couverte par le montant alloué au titre de l'API (voir en ce sens aussi: réponse complémentaire du 11 septembre 2014, p. 1; prises de position de la FSCMA du 22 mai 2014, p. 3, ch. 3, et du 9 septembre 2014, p. 5, ch. 1). Certes, l'API de l'AVS/AI (de même que celle de l'assurance-accidents) et les prestations de soins prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS sont de nature foncièrement différente, puisque la première est une prestation en espèces calculée indépendamment du coût effectif des services fournis par des tiers, mais en fonction du degré d'impotence, et les secondes sont des prestations en nature sous la forme d'un remboursement tarifaire des frais effectifs occasionnés par les soins administrés. Aussi, l'API et l'ensemble des prestations de soins prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS ne peuvent-elles pas

être qualifiées de prestations de même nature. En revanche, dans la mesure où elles servent à rembourser les coûts des mesures rendues nécessaires par l'impotence, les prestations pour soins de base énumérées à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS sont essentiellement de même nature que l'API (pour tout ce qui précède: ATF 127 V 94 c. 3d). Sous réserve de certains soins de base admis par la FSCMA au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (pose et retrait de l'attelle de main, prévention des escarres et installation spécifique aux paralysés; c. 3.2 supra, mais voir à ce sujet encore c. 4.1 ci-après), il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimée a refusé de reconnaître à l'assuré d'autres soins de base plus généraux (p. ex.: préparation des médicaments dans le semainier, c. 3.2 et 3.3 supra), dont la prise en charge relève en effet déjà de l'API. Dans ce prolongement, la SUVA était également fondée à s'écarter des 0.2 heure ou 12 minutes par jour prévues pour l'évaluation, les conseils et la coordination au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS, qui ne concernent pas non plus des prestations strictement médicales (mais voir encore à ce sujet c. 4.3 infra).

En définitive et contrairement à ce qu'allègue le recourant (réplique, p. 1), les mesures thérapeutiques et soins infirmiers au sens de l'art. 10 al. 1 LAA que l'on retrouve à l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (s'agissant des examens médicaux: voir c. 4.3 infra) sont pour l'essentiel seuls susceptibles de relever des obligations légales de l'intimée. Leur durée, qui s'élève à 1.3 heures ou 78 minutes par jour selon les minutages effectués par D._____, équivaut d'ailleurs exactement après les correctifs apportés par l'intimée (c. 3.2 supra) à celle retenue par la FSCMA et ce, alors même que certaines des prestations reconnues dans l'enquête concernent davantage des soins de base dont la prise en charge ressort à l'API (cpr. dos. rec. 3, p. 1 et dos. SUVA II 148 et voir au surplus: réponse, p. 2 et réponse complémentaire, p. 1).

4.2 Certes, il eût été préférable que l'éclaircissement des soins médicaux requis au domicile de l'assuré ait pu avoir lieu dans le lieu de vie durable de celui-ci et non dans le home l'ayant accueilli temporairement. Le résultat de cette enquête n'est néanmoins nullement faussé par les conditions cadre de son déroulement, puisque les prestations en cause prodiguées par du personnel médical spécialisé et ainsi doté des

instruments idoines ne sont en soi pas tributaires du lieu de leur exécution - étant rappelé que ce dernier a de surcroît été adapté au handicap du recourant avant qu'il ne le réintègre. Il en irait cas échéant autrement des prestations non médicales d'assistance pour les actes ordinaires de la vie (sous réserve des moyens auxiliaires dont l'assuré dispose pour faciliter certains d'entre eux; voir dos. SUVA I 89/2; dos. SUVA II 119/1), lesquelles ne relèvent cependant pas des soins à domicile au sens de la LAA même si elles se trouvent parfois à la limite des soins thérapeutiques, mais sont couvertes par l'API servie dès le retour au domicile de l'assuré (en ce sens également: prise de position du 22 mai 2014 de la FSCMA, p. 2, ad ch. 1). On peut toutefois relever que selon l'évaluation SCIM III ("Spinal Cord Independence Measure" 3^e révision) à laquelle a procédé la collaboratrice de C._____ le 8 octobre 2013, le score d'autonomie est resté pratiquement le même (après réintégration du domicile depuis moins de deux mois) que celui réalisé à la sortie du CSP, avec une amélioration d'un point (score ayant passé de 29 à 30 points; dos. SUVA II 171/9 [conclusion]).

Comme précisé par la FSCMA en premier lieu à l'égard du rapport de C._____ qui se réfère aux estimations du D._____, puis de la propre enquête émanant de ce second service, les temps d'intervention relevant de l'assurance-accidents ne sauraient en effet inclure l'aide fournie pour les actes ordinaires de la vie liés aux périodes de soins et déjà couverts par les prestations spécifiques à l'impotence (dos. SUVA II 171/3-9, 4 et 9; prises de position de la FSCMA du 22 mai 2014, p. 3 ad ch. 3 et du 9 septembre 2014, p. 5, ch. 1). Les prestations d'assistance en lien avec la toilette et certains soins corporels, l'hygiène personnelle, l'habillement, la pose des bas/bandages de compression, l'alimentation, l'installation ainsi que le lever et coucher du patient (hormis certains transferts et positionnements relevant de la prophylaxie, voir c. 4.3 infra), ainsi que répertoriées sous la rubrique c de l'enquête du D._____ (c. 4.1 supra), ne sauraient donc incomber à l'intimée au titre de participation aux frais de soins à domicile (détermination de la FSCMA du 9 septembre 2014, p. 2, ad ch. 10102 à 10104, 10107 à 10109, 10114, 10115, 10301 et 10302, 10501 et 10503, p. 3, ad ch. 10616 de l'enquête du D._____). En ce sens, il ne peut non plus être tenu compte de l'appréciation de l'association

C._____ qui appréhende également les soins dans un sens très large incluant la totalité des activités déployées dès l'arrivée de la personne soignante le matin jusqu'à ce que l'assuré soit habillé et assis dans son fauteuil roulant, puis au retour le soir jusqu'au coucher de celui-ci et sa préparation pour la nuit. Les durées de soins de 1.5 à 2 heures ou 90 à 120 minutes le matin (selon que l'assuré subit ou non des vidanges de selles) et de 0.5 à 0.75 heure ou 30 à 45 minutes le soir comptabilisées par C._____, assez péremptoirement au reste et sans aucun minutage précis à l'appui, ne distinguent ainsi aucunement selon la nature des prestations fournies, que celles-ci aient un caractère médical ou non (dos. SUVA II 171/3- 9; prise de position de la FSCMA du 22 mai 2014, p. 3 ad ch. 3). Or, seuls les soins infirmiers indispensables à la préservation de l'état de santé, telles les mesures médicales qui maintiennent, soutiennent, assurent ou remplacent pour ainsi dire les fonctions organiques vitales, peuvent justifier une prise en charge dans le cadre de l'art. 18 OLAA (c. 2.2 supra; en ce sens aussi: réponse, p. 2 et détermination de la FSCMA du 22 mai 2014, p. 3, ch. 3).

A titre d'exemple, les prestations en lien avec le cathéter sus-pubien de l'assuré (dispositif qui permet l'évacuation des urines sans passer par les voies naturelles) ne peuvent donner lieu à une prise en charge de l'intimée qu'en tant qu'elles visent à changer le pansement, vider et remplacer les sacs à urine, alors que le fait d'accompagner le recourant dans la salle de bain et de le rhabiller après les soins ci-dessus valent comme prestations de pure assistance déjà couvertes par l'API. A relever en outre que certaines tâches en lien avec le cathéter sous-pubien, telles que le changement du sac d'urine, peuvent également être saisies sous d'autres positions comme la pose d'un pansement, ce qui pourrait expliquer le temps plus élevé comptabilisé par D._____ pour ce dernier poste au contraire de celui retenu s'agissant du cathéter (cpr. dos. rec. 3, p. 1 ch.10701 et 10406 avec c. 3.1 supra). Concernant la vidange de l'intestin, seuls l'administration d'un suppositoire, le massage de l'intestin (que l'assuré effectue toutefois lui-même, de sorte que ce temps n'a pas été pris en compte par la FSCMA) et la stimulation manuelle, respectivement le déchargement de l'intestin, valent comme prestations purement médicales. Le transfert sur le siège roulant de douche et d'éventuels temps d'attente,

jusqu'à ce que le suppositoire agisse, sont pris en compte dans l'API (pour tout ce qui précède: déterminations de la FSCMA du 22 mai 2014, p. 3 et 4, et du 9 septembre 2014, p. 2, ad ch. 10412, p. 3, ad ch. 10406 et p. 4, ad ch. 10701).

4.3 Contrairement à ce qui est allégué dans le recours, l'on ne saurait au surplus affirmer que certaines prestations ponctuelles liées à d'éventuelles complications en lien notamment avec le changement de la sonde sus-pubienne, le prélèvement d'urine pour test ou l'application de crèmes médicales auraient été sous-évaluées par l'intimée (maladie ou infection; recours, p. 4, art. 6). Lors de l'enquête menée par l'infirmière de la FSCMA, le recourant n'a lui-même tout d'abord invoqué aucun problème avec sa peau (aucune crème médicale ne lui était d'ailleurs appliquée), ni de complication survenue avec la vidange de sa vessie et de ses intestins ou encore lors d'autres soins prodigués (déterminations du 22 mai 2014, p. 3, en bas, p. 4, en haut, et du 9 septembre 2014, p. 3, ad ch. 10616). Dans le cadre de la prophylaxie, la FSCMA a par ailleurs tenu compte, à raison de 26 minutes par jour, des actes liés à la mobilisation, l'installation et le contrôle de la peau ce, afin certes de prévenir prioritairement les risques liés au décubitus (position d'une personne allongée horizontalement), mais également pour éviter d'autres complications (déterminations de la FSCMA du 22 mai 2014, p. 4 et du 9 septembre 2014, p. 2, ad ch. 10503 et 10501, p. 3 ad ch. 10616). Des actions préventives supplémentaires, telles que celles mentionnées par D. _____ au titre de la surveillance générale du patient (prise de tension artérielle, contrôle du pouls, prise de la température, contrôle du poids, ponction veineuse, récolte de sécrétion pour analyse), ne sauraient incomber à l'intimée, par le biais de la participation aux coûts ici en cause, en l'absence d'une indication médicale à la préservation de l'état de santé - l'association C. _____ n'en faisant au reste pas non plus mention (dos. SUVA II 171/1 à 9; voir également: détermination de la FSCMA du 9 septembre 2014, p. 4, ad ch. 10802, 10803, 10805, 10806 et 10809; voir aussi dos. rec. 3, p. 1, ch. 10811).

Au surplus, il n'y a pas non plus lieu de s'écarter des autres minutages retenus par la FSCMA. En particulier, les prestations médicales en lien

avec l'utilisation durant la nuit d'un masque respiratoire BIPAP ont été correctement évaluées, puisqu'elles incluent le temps nécessaire à la pose, l'enlèvement et le nettoyage de l'appareil. La nécessité d'autres mesures respiratoires telles que mentionnées par D._____ (installation du patient et positionnement du haut du corps en vue d'une amélioration de la respiration, aide pour l'expectoration des sécrétions par une pression sur le thorax), de surcroît seulement pendant l'hiver (détermination de la FSCMA du 9 septembre 2014, p. 2 et 3, ad ch. 10201), n'apparaît en tous les cas pas étayée d'un point de vue thérapeutique. Dans son rapport du 8 octobre 2013, l'association C._____ a elle-même du reste précisé que le patient pouvait utiliser de façon autonome les deux appareils d'entraînement (breathing training et power lung voldyne) destinés à maintenir son amplitude respiratoire et n'a mentionné aucune autre exigence médicale à cette fin (dos. SUVA II 171/3 et 171/6). L'intimée n'avait par ailleurs pas non plus à tenir compte au sens de l'art. 18 OLAA des coûts liés à la première évaluation du cas par D._____, dès lors que cette dernière a eu lieu à une période où l'assureur-accidents assumait de toute façon l'ensemble des frais de traitement et qu'une nouvelle évaluation au domicile de l'assuré ne s'impose au surplus pas vu qu'elle n'influencerait pas les seules prestations médicales ici en cause (c. 4.2 supra; détermination de la FSCMA du 9 septembre 2014, p. 4, ad ch. 10901, 10902, 10904, 10906, 10907 et 10909). Quant aux autres prestations en lien avec les conseils et la coordination, elles ne consistent manifestement pas en des traitements médicaux au sens de l'art. 10 al. 1 LAA (c. 4.1 supra). Il en va de même pour l'aide fournie au recourant dans la tenue de son ménage, qui n'est au reste pas non plus couverte par l'API, mais peut cas échéant relever d'une assurance-maladie complémentaire (c. 2.2 supra; détermination de la FSCMA du 9 septembre 2014, p. 4, ad ch. 10903, 20010 et 20014).

En dernier lieu, selon le principe de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 c. 6), l'on ne saurait retenir que le recourant, jusqu'au moment déterminant pour le juge de la date de la décision contestée (ATF 130 V 138 c. 2.1), aurait subi une aggravation subite et sévère de son état de santé, susceptible de changer l'appréciation des soins médicaux à prendre en considération, depuis la visite de l'infirmière de la FSCMA

(SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). En effet, les rapports médicaux des 23 septembre et 17 décembre 2014 produits avec la duplique se réfèrent à une opération reconstructive de la fonction de préhension à la main droite en date du 23 septembre 2014 et ne font état d'aucune péjoration importante ni durable depuis l'évaluation intervenue en juillet 2013. Les faits qui seraient survenus postérieurement au prononcé contesté et qui modifieraient la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 130 V 138 c. 2.1). Le recourant lui-même n'a du reste allégué aucune modification sensible de son état de santé et ce, alors même qu'il avait été rendu attentif par la FSCMA à cette nécessité s'il entendait bénéficier d'une réévaluation de sa situation (détermination de la FSCMA du 22 mai 2014, p. 2, en haut). Un simple changement de la médication ne saurait au surplus constituer un indice suffisant en ce sens (rapport de la FSCMA du 9 septembre 2014, p. 3, ad ch. 10601 et 10602).

4.4 Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport du 2 juillet 2013 de la FSCMA (y compris ses déterminations complémentaires des 22 mai et 9 septembre 2014 et la conversation téléphonique échangée avec D. _____ le 28 juillet 2014), lequel a été rédigé par une personne qualifiée disposant d'une expérience comme infirmière spécialisée, en présence de l'assuré et d'une responsable de la SUVA, est adéquatement détaillé au vu des renseignements précis délivrés par le patient et motivé de manière plausible en ce qui concerne les diverses prestations médicales susceptibles de justifier une participation à leurs coûts au sens de l'art. 18 OLAA. Les réserves assorties aux conclusions de la FSCMA demeurent sans incidence sur le présent jugement, dès lors qu'elles portent essentiellement sur l'évolution de l'état de santé depuis l'évaluation réalisée en juillet 2013 et ne peuvent être appuyées par des éléments tangibles au dossier de la cause jusqu'à la date déterminante de la décision sur opposition contestée, la période postérieure n'étant quant à elle pas couverte par l'objet de la contestation (c. 4.3 supra; réplique, p. 2 et duplique, p. 1). Pour le surplus, il a été dûment exposé ci-dessus (c. 4.1 à 4.3) pour quelles raisons il ne peut être tenu compte des soins à domicile ne présentant pas un caractère strictement médical, quand bien même ils sont induits par l'impotence et se trouveraient à la limite des soins médicaux ou infirmiers.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

5.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

5.3 Il n'y a pas lieu d'allouer ni de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni d'indemnité de partie à l'intimée (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).