RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1002/2020 **ATAS/971/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 septembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sandra RODRIGUEZ	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, marié et père de cinq enfants majeurs, était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) lorsqu'il a chuté d'un balcon, le 25 juillet 2017. Suite à cet accident, il souffre d'une paraplégie complète de niveau neurologique D3 (ASIA A).

b. La SUVA a pris en charge le cas et versé diverses prestations à l'assuré, dont une allocation pour impotent de degré faible. Statuant sur recours de l'intéressé, la chambre de céans a jugé qu'il avait droit à une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1er août 2018 (ATAS/87/2020 du 5 février 2020).

c. Le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a signé plusieurs formulaires d'évaluation des prestations à fournir par l'Institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : l'IMAD).

Le 24 janvier 2019, la SUVA a adressé à l'IMAD deux garanties de prise en charge, la première pour la période du 1er août au 31 décembre 2018, et la seconde pour la période postérieure au 1er janvier 2019.

Le 21 février 2019, l'assuré a contesté les deux garanties accordées.

B. a. Par décision du 27 février 2019, la SUVA a confirmé les montants mensuels prévus par les garanties de paiement du 24 janvier 2019.

b. En date du 29 mars 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision et conclu à l'octroi d'une couverture financière pour l'entier de ses besoins de soins à domicile, comprenant également les prestations en relation avec les actes ordinaires de la vie. Il a notamment relevé qu'en l'absence d'une évaluation en bonne et due forme sur le besoin en soins, personne ne savait quelle était la contribution du personnel non autorisé, à savoir sa famille.

c. La SUVA a mandaté la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (ci-après : la FSCMA), laquelle a procédé à une enquête le 25 septembre 2019.

Madame C_____, infirmière et conseillère auprès de la FSCMA, a rendu son rapport le 7 octobre 2019.

d. Par décision sur opposition du 19 février 2020, la SUVA a confirmé sa décision et rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a considéré que les montants prévus dans la décision du 27 février 2019 couvraient largement les postes « évaluation, conseils et coordination » et « examens et traitements ». Abstraction faite de l'aide non médicale prise en compte dans le cadre de l'allocation pour impotent, il s'avérait que les besoins à domicile étaient bien en dessous de ce qui était prévu dans les deux garanties établies en faveur de l'IMAD. En outre, les montants qui avaient été facturés par cette institution pour la période d'août à décembre 2018 étaient en moyenne inférieurs au total prévu par les garanties litigieuses.

C. a. Par acte du 20 mars 2020, l'assuré, représenté par une avocate, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une garantie de prise en charge des frais pour les soins de base à raison de « 55.26 » heures par mois dès le 1er août 2018, à l'augmentation de la garantie octroyée à l'IMAD à raison de 30 minutes par mois, et au versement d'une indemnité au sens de l'art. 18 al. 2 OLAA pour les personnes non autorisées à hauteur de CHF 165.35 dès le 1er août 2018.

b. Dans sa réponse du 30 septembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par écritures du 25 janvier 2021, respectivement du 23 février 2021, l'intimée et le recourant se sont déterminés sur l'arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 14 septembre 2020 (ATF 147 V 35).

d. Le 17 mars 2021, l'intimée a conclu à l'admission partielle du recours et à l'annulation de la décision litigieuse dans le sens où l'affaire lui était renvoyée pour instruction complémentaire sur la question des soins des ongles des pieds et nouvelle décision sur la prise en charge des soins à domicile, dans laquelle l'aide apportée pour les bas de contention devrait être prise en compte. Pour le surplus, elle maintenait son point de vue.

e. Le 7 avril 2021, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions et produit la note d'honoraires de son avocate, d'un montant de CHF 4'485.40.

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 - E 2 05), 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

5. Le litige porte sur l'étendue de la participation de l'intimée aux soins à domicile du recourant dès le 1er août 2018.

6. Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'intimée de ne pas lui avoir transmis le rapport de la FSCMA avant de rendre sa décision sur opposition du 19 février 2020. Cette violation du droit d'être entendu, même si elle pouvait être réparée au niveau cantonal, aurait pu aisément être évitée par l'intimée, et elle le privait d'une instance.

7. a. Le droit d'être entendu est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), et se trouve répété, le cas échéant précisé par des dispositions légales telles que l'art. 42 LPGA (Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2ème éd., 2018, n. 1526 ss).

   La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 130 consid. 2b et les références).

   b. En l'occurrence, le recourant a pu se déterminer sur le rapport de la FSCMA devant la chambre de céans, laquelle jouit du même pouvoir d'examen que l'intimée. Il se déclare satisfait de cette évaluation dans son ensemble, à l'exception de deux points qu'il considère devoir être modifiés et sur lesquels il a pu détailler son argumentation dans plusieurs écritures. L'un d'eux a d'ailleurs été admis par l'intimée dans ses dernières observations, au vu de la récente jurisprudence.

   De surcroît, comme relevé à juste titre par le recourant, le litige relève avant tout d'une question de droit relative à l'interprétation de l'art. 18 OLAA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017. Or, l'intéressé connaissait la position de l'intimée dès l'établissement des garanties de paiement le 24 janvier 2019, puisque ces documents précisaient que toutes les prestations en relation avec les actes ordinaires de la vie étaient indemnisées par l'allocation pour impotent. Il a ainsi contesté ces garanties le 21 février 2019, soutenant que

l'allocation pour impotent ne pouvait qu'être partiellement utilisée pour financer des soins de base.

c. Dès lors, la violation du droit d'être entendu dont se prévaut le recourant peut être considérée comme réparée dans le cadre de l'examen du recours.

8. Sur le fond, le recourant invoque que le nouvel article 18 OLAA exige la participation entière de l'assurance-accidents aux soins médicaux et non médicaux, sous réserve du cas de la surindemnisation pour le deuxième.

Il soutient également qu'il est interdit de retenir l'entier de l'allocation pour impotent pour le financement des soins à domicile, précisant que le Tribunal fédéral a limité à 44% la part de ladite allocation utilisée pour les soins à domicile.

Enfin, il considère que le rapport de la FSCMA présente une lacune et une inexactitude, et qu'il doit en conséquent être modifié sur deux points.

9. Il convient donc de se déterminer sur l'étendue de la prise en charge qui incombe à l'assureur-accidents en cas d'aide et de soins à domicile.

10. a. Selon l'art. 10 al. 3 LAA, dans sa formulation en vigueur depuis le 1er janvier 2017, le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile.

En vertu de l'art. 18 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2017, l'assuré a droit aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne ou une organisation autorisées, conformément aux art. 49 et 51 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (al. 1). L'assureur participe : aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée (al. 2 let. a) ; aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 (al. 2 let. b).

b. Dans son ancienne version, l'art. 10 al. 3 aLAA prévoyait : « 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 ». Ainsi, la notion de « soins à domicile » a été remplacée par celle d' « aide et de soins à domicile » et le passage final selon lequel le Conseil fédéral pouvait définir « la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts » a été supprimé.

Quant à l'art. 18 aOLAA, il était libellé comme suit : « 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 (al. 1). L'assureur peut, à titre exceptionnel, participer aux frais qui résultent des soins à domicile donnés par une personne non autorisée (al. 2) ». Cette disposition ne distinguait donc pas entre les soins médicaux à domicile et les soins non médicaux à domicile.

11. a. Selon la jurisprudence, la notion de soins à domicile englobe d'abord le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin (prestations médicales, physiothérapie, ergothérapie, etc.). Elle comprend également les soins médicaux au sens de soins infirmiers, sans action thérapeutique mais qui sont toutefois indispensables au maintien de l'état de santé (par exemple pose de cathéters, traitement de plaies ou perfusions) ; il s'agit en particulier des mesures médicales au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, qui maintiennent, soutiennent, assurent ou remplacent pour ainsi dire les fonctions organiques vitales (cf. la notion d'examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 [OPAS - RS 832.112.31]). Une troisième forme de soins à domicile est constituée par les soins non médicaux, soit aussi bien l'aide personnelle fournie à l'intéressé pour les actes ordinaires de la vie (soins corporels, habillage et déshabillage, alimentation ; cf. la notion de soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS) que l'aide dans l'environnement de l'assuré (par la tenue du ménage ou l'exécution d'autres tâches courantes (ATF 147 V 35 consid. 5.1.2 avec les références).

b. Conformément à l'art. 18 OLAA, il convient de distinguer les soins médicaux à domicile prescrits par un médecin qui sont donnés par une personne ou une organisation autorisées (art. 18 al. 1 OLAA), les soins médicaux à domicile prescrits par un médecin qui sont dispensés par une personne non autorisée (art. 18 al. 2 let. a OLA) et les soins non médicaux à domicile (art. 18 al. 2 let. b OLAA ; ATF 147 V 35 consid. 5.2).

Selon l'art. 18 al. 1 OLAA, l'assuré a droit aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne ou une organisation autorisées, conformément aux art. 49 et 51 OAMal. La notion de soins médicaux au sens de cette disposition englobe tant le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique que les soins infirmiers. La condition selon laquelle ces soins doivent avoir été prescrits ne doit toutefois pas être comprise dans le sens d'une prescription médicale formelle ; il suffit que les mesures médicales qui doivent être appliquées à la maison soient médicalement indiquées. Dans la mesure où l'assureur-accidents obligatoire doit allouer ses prestations en nature, il doit en principe assumer la totalité des coûts effectifs des prestations assurées selon l'art. 18 al. 1 OLAA, qui au contraire de l'art. 18 al. 2 OLAA ne parle pas d'une « participation » ; il doit ainsi rembourser la totalité des coûts effectifs des soins médicaux à domicile dispensés par une personne ou une organisation autorisées au sens des art. 49 (infirmières et infirmiers) et

51 (organisations de soins et d'aide à domicile) OAMal. Lorsque l'assureur-accidents a conclu une convention tarifaire avec l'organisation autorisée dispensant les soins à domicile, le montant de la prise en charge se détermine sur la base de cette convention ; pour les infirmiers et infirmières exerçant en tant qu'indépendants qui sont membres de l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI), c'est la convention tarifaire du 25 octobre 1999 qui s'applique (ATF 147 V 35 consid. 5.2.1 et les références citées).

L'art. 18 al. 2 let. a OLAA dispose que l'assureur participe aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée. Contrairement au régime en vigueur avant le 1er janvier 2017, l'assureur a désormais l'obligation de participer aux soins médicaux dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée, cette dernière exigence visant à protéger la personne assurée et à garantir une qualité de soins suffisante. Il peut s'agir notamment de proches, de connaissances ou de voisins de l'assuré. Au contraire de l'art. 18 al. 1 OLAA, l'art. 18 al. 2 let. a OLAA ne prévoit qu'une « participation » aux soins médicaux dispensés par une personne non autorisée. Cette disposition ne dit rien quant à l'étendue de la participation de l'assureur. Celle-ci peut être fixée sur la base des coûts effectifs assumés par l'assuré, sur la base du manque à gagner effectif de la personne qui dispense les soins ou, indépendamment de ces deux critères, sur la base des coûts qu'occasionnerait le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail (ATF 147 V 35 consid. 5.2.2 et les références).

L'art. 18 al. 2 let. b OLAA prévoit que l'assureur participe aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA. Comme pour les soins médicaux dispensés par une personne non autorisée, l'assureur a désormais l'obligation de participer aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent. Ces soins peuvent être dispensés aussi bien par une personne ou une organisation autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA que par une personne ou une organisation non autorisée au sens de l'art. 18 al. 2 let. a OLAA. En ce qui concerne l'étendue de la participation de l'assureur, elle peut ici aussi être fixée sur la base des coûts occasionnés par le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail. L'assureur ne doit participer aux soins non médicaux à domicile qu'à condition que ceux-ci ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA. Il y a ainsi lieu d'examiner concrètement pour chaque acte de soin si et dans quelle mesure il entre dans l'aide ou la surveillance couvertes par l'allocation pour impotent (ATF 147 V 35 consid. 5.2.3 et les références citées).

c. Un acte médical est pris en charge soit au titre de l'art. 18 al. 1 OLAA, soit au titre de l'art. 18 al. 2 let. a OLAA, selon qu'il est dispensé par une personne

autorisée ou non autorisée. Dans les deux cas cependant, il convient de déterminer le temps nécessaire pour l'acte médical (acte technique et gestes accessoires liés à ce dernier) afin de pouvoir calculer la prise en charge par l'assureur, respectivement l'étendue de sa participation (ATF 147 V 35 consid. 8.4).

12. La Commission ad hoc sinistres LAA (dans laquelle plusieurs assureurs LAA privés, des caisses-maladie pratiquant l'assurance-accidents obligatoire ainsi que la SUVA sont représentés) a été créée en 1984 afin que les divers organismes appliquent la LAA de façon uniforme. Elle émet dans ce but des recommandations (consultables sur le site www.svv.ch), qui sont publiées avec l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). C'est ainsi qu'elle a établi à l'intention des assureurs-accidents une recommandation pour l'application de l'art. 10 al. 3 LAA (Recommandation N°7/90 intitulée « Aide et soins à domicile », du 27 novembre 1990, révisée le 23 juin 2017), à laquelle il sera fait référence plus loin.

    Il convient cependant de rappeler que les recommandations de la Commission ad hoc sinistres LAA ne sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi ; elles ne créent pas de nouvelles règles de droit ; même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 147 V 35 consid. 5.1.2 ; ATF 139 I 457 consid. 4.2 ; ATF 134 V 277 consid. 3.5 et les références citées).

13. À l'instar des principes développés en matière d'allocation pour impotent, une coopération étroite et complémentaire entre le médecin et l'administration est nécessaire pour déterminer les besoins en matière d'aide et de soins à domicile. Le premier doit indiquer dans quelle mesure les fonctions physiques ou mentales de la personne assurée sont limitées par l'affection. L'assureur peut procéder à d'autres clarifications sur place, de sorte que, en cas d'incertitudes sur les troubles physiques et mentaux et/ou leurs effets quotidiens, les questions aux médecins spécialistes ne sont pas seulement permises mais nécessaires. Il convient en outre de prendre en considération les indications des personnes prodiguant les soins, en mentionnant le cas échéant dans le rapport les opinions divergentes des participants. Le contenu du rapport doit être plausible, motivé et détaillé s'agissant de l'aide nécessitée pour chacun des actes ordinaires de la vie ainsi que s'agissant des faits permettant d'admettre la nécessité d'une surveillance personnelle ou de soins permanents. Il doit par ailleurs correspondre aux constatations faites sur place. Si le rapport d'enquête satisfait à ces exigences, il est pleinement probant et le tribunal n'intervient dans le pouvoir d'appréciation de la personne qui procède à l'enquête - laquelle est plus au fait de la situation concrète qu'un tribunal statuant sur recours - que s'il existe des erreurs d'appréciation clairement établies (ATF 147 V 35 consid. 8.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1037/2012 du 12 juillet 2013 consid. 6.1).

14. a. En l'espèce, l'intéressé s'est livré, dans son acte de recours du 20 mars 2020, à une interprétation littérale, systématique, historique et téléologique de l'art. 18 al. 2 OLAA. Il en a conclu que l'assureur-accidents devait financer tous les frais de soins à domicile, qu'il s'agisse d'un soin d'ordre médical ou non.

b. La chambre de céans observe que dans l'affaire qui a donné lieu à l'arrêt de principe du Tribunal fédéral du 14 septembre 2020 (ATF 147 V 35), l'assuré, représenté par la même Étude d'avocat·e·s que le recourant, soutenait également que l'art. 18 al. 2 OLAA exigerait la participation entière de l'assureur-accidents aux soins médicaux et non médiaux, sous réserve du cas de la surindemnisation pour les seconds (consid. 7).

Le Tribunal fédéral a donc procédé à une interprétation approfondie de cette disposition (ATF 147 V 35 consid. 7.1 à 7.6), à laquelle il convient de se référer.

Il a tout d'abord constaté que son libellé, à savoir que l'assureur « participe » aux soins à domicile, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, ne donne pas d'indication claire sur l'étendue de la prise en charge par l'assureur-accidents desdits soin, et que le texte ne permet donc pas d'emblée de conclure que l'assureur doit couvrir partiellement seulement les soins à domicile prévus par l'art. 18 al. 2 OLAA ni, à l'inverse, qu'il doit prendre en charge l'entier des soins médicaux à domicile dispensés par une personne non autorisée et l'entier des soins non médicaux à domicile qui ne sont pas couverts par l'allocation pour impotent (consid. 7.2).

Il a ensuite constaté qu'une clarification terminologique avait été apportée, à tout le moins dans le texte allemand, en ceci que le terme de « soins » (ou « Pflege ») était réservé au traitement médical de l'assuré, tandis que celui d'« aide » (ou « Hilfe ») désignait l'assistance non médicale apportée à celui-ci, traduite en français par « soins non médicaux » (consid. 7.3).

Notre Haute cour a rappelé que, depuis le 1er janvier 2017, il existe désormais un droit de l'assuré à bénéficier de prestations non seulement pour les soins (médicaux) dispensés par une personne autorisée (art. 18 al. 1 OLAA), mais également pour les soins (médicaux) dispensés par une personne non autorisée (art. 18 al. 2 let. a OLAA) et pour l'aide à domicile (art. 18 al. 2 let. b OLAA). Pour ces deux derniers, il existe un droit à une participation financière de l'assureur, laquelle est donc obligatoire et ne dépend plus de son bon vouloir. Autre est en revanche la question de savoir dans quelle mesure l'assureur doit prendre en charge les coûts de ces différents soins (consid. 7.4).

Le Tribunal fédéral a constaté que, dans son message relatif à la révision de la LAA du 1er janvier 2017, le Conseil fédéral avait indiqué qu'aux termes des conventions internationales auxquelles la Suisse avait adhéré, les soins à domicile devaient être pris en charge sans que l'on puisse exiger une participation de l'assuré à leur coût.

Il a relevé que les deux conventions citées dans le message, soit le Code européen de Sécurité sociale (CESS - RS 0.831.104) et la convention n° 102 de l'Organisation Internationale du Travail concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Convention OIT n° 102 - RS 0.831.102), ne comprenaient ni la notion de soins dispensés par des personnes non autorisées (telles que les membres de la famille), ni la notion de soins non médicaux au sens d'une aide à domicile. Il en a conclu que seul le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, prescrit par un médecin et donné par une personne ou une organisation autorisée, doit être entièrement pris en charge par l'assureur. En tant qu'il ne prévoit qu'une participation aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée (let. a) et aux soins non médicaux à domicile (let. b), l'art. 18 al. 2 OLAA est également compatible avec la CESS et la Convention OIT n° 102 (consid. 7.5).

c. En conclusion, notre Haute cour a retenu que seuls les soins médicaux à domicile dispensés par une personne autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA sont pris en charge par l'assureur sans que l'on puisse exiger une participation de l'assuré à leurs coûts. Pour les soins médicaux et non médicaux au sens de l'art. 18 al. 2 OLAA, une contribution de l'assureur est prévue et peut être fixée sur la base des coûts effectifs assumés par la personne assurée, sur la base du manque à gagner effectif de la personne qui dispense les soins ou, indépendamment de ces deux critères, sur la base des coûts qu'occasionnerait le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail (consid. 7.6).

15. a. Dans sa réplique du 23 février 2021, le recourant a maintenu que le législateur avait voulu assurer la couverture intégrale des coûts tant pour les soins médicaux que pour les soins non médicaux. Il a notamment relevé que le législateur avait adapté la lettre de l'art. 10 al. 3 LAA afin de retirer toute compétence limitative du Conseil fédéral, dans le but évident d'assurer une couverture intégrale des coûts de l'assistance et des soins à domicile. En effet, le Conseil fédéral pouvait, jusqu'en 2017, fixer les conditions auxquelles l'assuré avait droit aux soins à domicile et la mesure dans laquelle ceux-ci étaient couverts. Depuis la modification, il ne pouvait plus que fixer les conditions que l'assuré devait remplir. L'étendue (complète) de la prise en charge ayant été fixée dans la loi, le Conseil fédéral n'était plus compétent pour fixer des limites à la prise en charge des soins à domicile, qu'il s'agisse de soins médicaux ou non médicaux. Il était donc secondaire de savoir si les accords internationaux ratifiés par la Suisse prévoyaient une couverture intégrale des coûts uniquement pour les soins médicaux. Ainsi, une disposition figurant dans l'ordonnance et limitant l'étendue de la prise en charge des soins à domicile serait illégale. Cette interprétation était appuyée par le fait que si le législateur avait voulu une prise en charge seulement partielle des coûts, il aurait à l'évidence réglementé simultanément le financement résiduel et fixé des tarifs applicables, comme il l'avait fait pour l'assurance-maladie, ce qui n'était toutefois par le cas. Partant, on

ne pouvait pas conclure du mot « contribution » que l'assurance-accidents ne devait participer que partiellement aux frais de soins à domicile.

La chambre de céans relève d'emblée que l'art. 10 al. 3 LAA ne prévoit pas le droit à la prise en charge intégrale de tous les frais liés à l'aide et aux soins à domicile. Elle rappelle ensuite que le Tribunal fédéral s'est livré à une interprétation approfondie de la disposition litigieuse et que cette question a désormais été tranchée. Ainsi, conformément à l'arrêt de principe du 14 septembre 2020, il existe désormais un droit de l'assuré à bénéficier de prestations non seulement pour les soins (médicaux) dispensés par une personne autorisée, mais également pour les soins (médicaux) dispensés par une personne non autorisée et pour l'aide à domicile. Pour ces deux derniers, il existe un droit à une « participation financière » de l'assureur, laquelle est donc obligatoire, contrairement à ce qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2016, lorsque l'assureur pouvait, « à titre exceptionnel », participer aux frais qui résultaient des soins à domicile donnés par une personne non autorisée. Ce n'est ainsi pas la volonté d'assurer une couverture intégrale des coûts qui a motivé la modification de l'art. 10 al. 3 LAA, mais bien celle de garantir un droit à une participation en cas de soins médicaux dispensés par une personne non autorisée et en cas d'aide à domicile.

Par conséquent, il convient bien de comprendre le terme « participation » mentionné à l'art. 18 al. 2 OLAA comme étant une « contribution » (ATF 147 V 35 consid. 7.6), soit une prise en charge partielle.

Le Tribunal fédéral a d'ailleurs encore récemment rappelé qu'il avait jugé le 14 septembre 2020 que seules les prestations au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA doivent être indemnisées sans participation aux coûts par l'assuré. Pour les soins médicaux et l'assistance à domicile en vertu de l'art. 18 al. 2 OLAA, en revanche, l'assureur-accidents n'est tenu de verser qu'une contribution (arrêt 8C_591/2020 du 3 février 2021).

b. Le recourant s'est également référé à un arrêt rendu le 9 septembre 2020 par le Tribunal du canton de Schwyz, appelé à se prononcer sur l'étendue de l'obligation de prise en charge des soins de base par l'assureur-accident. La juridiction cantonale a estimé que l'allocation pour impotent peut être cumulée avec les autres prestations de la LAA et notamment aussi avec les prestations pour les soins de base non médicaux, lesquels doivent être pris en charge en totalité par l'assurance-accidents, dans le cas d'une personne ayant subi une lésion médullaire et nécessitant donc une assistance aigüe dans tous les domaines de la vie.

La chambre de céans relève toutefois que l'arrêt cantonal cité par le recourant a été rendu avant celui du Tribunal fédéral et que, depuis lors, d'autres cantons ont également été amenés à trancher des affaires similaires. Leurs jugements abondent dans le sens d'une participation « partielle ».

À titre d'exemples, en date du 30 novembre 2020 (UV.2018.00221), le Tribunal du Canton de Zürich a rejeté le recours d'un assuré (représenté par l'Étude d'avocat·e·s mandatée par le recourant), qui soutenait que l'ensemble des dépenses de soins de base à comptabiliser en termes de temps et de montant devait être indemnisé, sous réserve de la partie compensée par l'allocation pour impotent.

Dans une seconde affaire jugée le même jour (UV.2019.00265), le Tribunal zurichois a retenu que le point de vue de l'assuré (défendu par la même Étude d'avocat·e·s), selon lequel l'assureur accidents devait couvrir tous les coûts était contredit par la terminologie de l'OLAA qui mentionnait une « participation » aux coûts des soins non médicaux à domicile. En langage général, l'obligation de « contribuer » à certains coûts ne prescrivait pas une couverture totale des coûts, mais seulement une couverture partielle.

Dans un arrêt du 12 janvier 2021 (605 2019 328) concernant un assuré (également défendu par l'Étude d'avocat.e.s mandatée par le recourant), paraplégique et qui réclamait la prise en charge entière des soins à domicile sous réserve du cas de la sunindemnisation, le Tribunal de Fribourg a rejeté son argumentation au vu de la jurisprudence fédérale.

De même, le Tribunal des Grisons a clairement considéré, dans un arrêt du 28 juin 2021 (S 19 140), que les coûts réels et complets des soins médicaux à domicile ordonnés par un organisme au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA devaient être pris en charge, et que l'assureur devait seulement (mais néanmoins) contribuer aux soins médicaux ordonnés à domicile par une personne non agréée, à condition que ces soins soient effectués de manière professionnelle (art. 18 al. 2 let. a OLAA) ou/et aux soins non médicaux à domicile, à condition que ceux-ci ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent (art. 18 al. 2 let. b OLAA).

16. Partant, l'interprétation du recourant, selon laquelle l'art. 18 al. 2 OLAA exigerait désormais la participation entière de l'assurance-accidents aux soins médicaux et non médicaux, sous réserve de la surindemnisation, doit être écartée.

17. a. S'agissant du grief relatif à la surindemnisation avec l'allocation pour impotent, le recourant fait valoir qu'il ne convient pas de retenir l'entier de l'allocation pour impotent pour déterminer le financement des soins à domicile.

    Il invoque que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assuré ne doit pas dépenser la totalité de son allocation pour impotent pour financer ses soins, puisque celle-ci sert à couvrir l'ensemble des dépenses encourues du fait de l'accident. Ainsi, l'allocation pour impotent ne peut être retranchée par l'assureur au titre de participation aux frais de soins de base que si l'on se trouve dans un cas de surindemnisation. Dans cette situation, un calcul de surcompensation devait être effectué.

    Se référant à une jurisprudence rendue en matière d'assurance-maladie, selon lui également applicable dans le domaine de l'assurance-accident (ATF 127 V 94),

l'intéressé soutient que la part de l'allocation pour impotent utilisée pour les soins à domicile est limitée à 44%. Il allègue que son besoin en soins de base dépasse l'allocation pour impotent et que même en utilisant entièrement cette dernière, il ne pourrait pas couvrir les frais de soins de base à domicile. Il relève avoir de nombreux frais à sa charge qui viennent en réduction du pourcentage retenu et conteste être indemnisé deux fois pour les mêmes prestations.

b. À nouveau, le recourant effectue une interprétation libre de la jurisprudence fédérale, laquelle n'atteste pas d'un tel forfait et n'a pas trait à une problématique d'assurance-accidents mais d'assurance-maladie. La seule déduction évoquée pour les « frais non prouvés » consiste en une problématique autre que celle soumise à l'appréciation de la chambre de céans.

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que cette argumentation du recourant, également présentée par sa mandataire devant le Tribunal de Fribourg, a été rejetée (arrêt du 12 janvier 2021 dans la cause 605 2019 328).

18. a. En ce qui concerne l'évaluation des besoins du recourant, l'intimée s'est basée, dans un premier temps, sur les formulaires signés par le Dr B_____ les 5 septembre et 10 décembre 2018, desquels il ressort que le recourant nécessitait, pour la période du 5 septembre au 4 décembre 2018, des soins à hauteur de 0.71 heure par mois pour l'évaluation, les conseils et la coordination, 22.95 heures par mois pour les examens et les soins, et 51.06 heures par mois pour les soins de base (cf. formulaire du 5 septembre 2018). Pour la période du 5 décembre 2018 au 4 mars 2019, les prestations prévues étaient identiques, à l'exception des soins de base qui tenaient alors compte de soins des ongles des pieds à hauteur de 15 minutes trois fois par mois. Il en résultait un besoin mensuel de 0.71 heure pour l'évaluation, les conseils et la coordination, 22.95 heures pour les examens et les soins, et 51.8 heures pour les soins de base (cf. formulaire du 10 décembre 2018).

L'intimée a établi deux tableaux récapitulatifs le 24 janvier 2019, mentionnant le nombre, la fréquence et le temps consacré à chaque prestation, avec le tarif applicable aux personnes ou organisations autorisées pour les « évaluation, conseils et coordination », « examens et traitements » ou « soins de base », selon la distinction fondée sur l'art. 7 al. 2 let. a, b et c OPAS. Selon ces documents, étaient retenues des prestations de soins médicaux (examens et traitements ; cf. art. 7 al. 2 let. b OPAS) à hauteur de 45.29 minutes par jour (soit 275.49 heures par année ou 22.95 heures par mois) par le service de soins à domicile, ainsi que l'évaluation, les conseils et la coordination (cf. art. 7 al. 2 let. a OPAS) dispensés à hauteur de 1.10 minute par jour (soit 6.69 heures par année ou 0.55 heure par mois) par le service de soins à domicile.

Elle a ensuite émis deux garanties de prise de charge le 24 janvier 2019. La première portait sur la période du 1er août au 31 décembre 2018 pour un montant mensuel maximal de CHF 1'954.- (CHF 48.51 pour l'évaluation, les conseils et la coordination [0.55 heure] et CHF 1'905.46 pour les examens et les traitements

[22.95 heures]). La seconde garantie, valable dès le 1er janvier 2019, reconnaissait la somme mensuelle de CHF 2'359.- (CHF 64.11 pour l'évaluation, les conseils et la coordination [0.55 heure] et CHF 2'294.82 pour les examens et les traitements [22.95 heures par mois]). Ces documents précisaient que toutes les prestations en relation avec les actes ordinaires de la vie étaient indemnisées par l'allocation pour impotent.

Par décision du 27 février 2019, l'intimée a confirmé les montants de ces garanties.

b. Suite à l'opposition du recourant, l'intimée a mis en œuvre une évaluation, réalisée le 25 septembre 2019 par la FSCMA. Le rapport y relatif du 7 octobre 2019 retient un besoin, pour l'IMAD, de 0.47 minute par jour (0.235 heure par mois) pour l'évaluation, les conseils et la coordination, 19.86 minutes par jour (9.93 heures par mois) pour les examens et les traitements, et 98.86 minutes par jour (49.43 heures par mois) pour les soins de base. Pour la famille, étaient retenues 1.42 minute par jour (0.71 heure par mois) pour les examens et les traitements, et 1.67 minute par jour (0.835 heure par mois) pour les soins de base.

c. Dans sa décision sur opposition du 19 février 2020, l'intimée a considéré que les montants prévus dans la décision du 27 février 2019, laquelle ne faisait que reprendre ceux indiqués dans les deux garanties de prise en charge du 24 janvier 2019, couvraient largement les postes se rapportant respectivement à l'évaluation, aux conseils et à la coordination, ainsi qu'aux examens et aux traitements. Elle a notamment relevé que l'enquêtrice lui avait indiqué que la planification des soins ou la consultation du médecin au sujet de l'intéressé avait lieu deux fois par an, et non par mois. Pour l'évaluation, les conseils et la coordination, elle ne prenait pas en compte, dans l'établissement des garanties, les prestations qui n'étaient fournies qu'une seule fois ou de manière ponctuelle, de sorte que le montant de la garantie ne dépassait pas 0.55 heure par mois. En outre, dans la mesure où l'aide apportée par la famille pour la préparation des médicaments n'était guère importante, elle s'inscrivait dans le cadre de l'obligation générale de réduire le dommage. Ainsi, en faisant abstraction de l'aide non médicale prise en compte dans le cadre de l'allocation pour impotent, les besoins à domicile au sens de l'art. 7 al. 2 let. a et b OLAA étaient bien en-dessous de ce qui était prévu dans les deux garanties établies en faveur de l'IMAD.

19. a. Par acte du 20 mars 2020, le recourant conclut à l'octroi d'une garantie de prise en charge des frais pour ses soins de base à raison de « 55.26 » heures par mois dès le 1er août 2018, à l'augmentation de la garantie de prise en charge octroyée à l'IMAD à raison de 30 minutes par mois, et au versement d'une indemnité au sens de l'art. 18 al. 2 OLAA pour les personnes non autorisées à hauteur de CHF 165.35 dès le 1er août 2018.

Il considère que le rapport d'expertise de la FSCMA du 7 octobre 2019 doit être adapté sur deux points. D'une part, il doit se faire raser trois fois par semaine pendant 10 minutes par son fils, qui vit en dehors du logement familial et se déplace

exprès pour cet acte, ce qui ne ressort pas du rapport. D'autre part, les soins des ongles des pieds sont prodigués par l'IMAD à raison de 30 minutes par mois. Il s'agit de soins techniques pour des personnes en fauteuil roulant qui peuvent développer des escarres, voire même de dangereuses dysréflexies autonomes. Les ongles incarnés constituent une complication connue des personnes atteintes d'une lésion médullaire.

Il expose que le rapport de la FSCMA retient un besoin en soins de 50.26 heures par mois (dont 49.43 heures pour l'IMAD et 0.835 heures pour la famille), de sorte qu'il est confronté à des frais de CHF 4'448.- (CHF 49.43 à CHF 90.- / heure) qui ne sont pas pris en charge par l'intimée. Considérer que ces coûts sont couverts par l'allocation pour impotent de degré moyen de CHF 1'624.- est illusoire.

De plus, sa famille est extrêmement sollicitée dans la vie de tous les jours par sa situation de santé et fournit énormément d'heures d'assistance qui ne sont financées par aucune assurance, et son épouse est atteinte dans sa santé. Pour ces raisons, il convient d'indemniser ses proches pour les soins qu'ils lui prodiguent à hauteur de CHF 165.34 (CHF 144.04 [« 5h » de rasage et « 0.335 » heures de soins des ongles des mains = 5.335 heures par mois à CHF 27.-] et CHF 21.30 [0.71 heure par mois à CHF 30.-]).

b. Dans sa réponse du 30 septembre 2020, l'intimée fait valoir, concernant le temps consacré au rasage, que le recourant présente une paraplégie haute et complète, mais que ses membres supérieurs sont encore fonctionnels, de sorte que rien ne l'empêche d'utiliser un rasoir électrique, malgré le fait qu'il soit borgne. Ainsi, que le rapport de la FSCMA ne fasse pas état de l'aide apportée par le fils du recourant pour cet acte est sans conséquences pour l'issue du litige. S'agissant du temps consacré aux soins des ongles des pieds, il a bien été calculé dans le rapport d'enquête, et le recourant ne conteste pas le temps retenu par la FSCMA. Quant à l'aide apportée par la famille dans la préparation des médicaments, elle entre dans le cadre de l'art. 7 al. 2 let. b OLAA et a été fixée à 1.42 minute par jour (0.71 heure par mois). Cette aide ne met donc pas à forte contribution la famille. L'intéressé objecte, sans aucune précision, que son épouse est atteinte dans sa santé. À défaut d'indication particulière, rien ne permet de considérer qu'une telle aide ne peut pas raisonnablement être apportée dans le cadre du devoir de diminuer le dommage de son conjoint, qui comprend aussi celui de faire appel à ses proches.

c. Dans l'arrêt du 14 septembre 2020, le Tribunal fédéral a notamment observé, concernant les soins corporels ou d'hygiène, que le rapport d'évaluation ne permettait pas de distinguer s'il s'agissait de soins médicaux ou non médicaux déjà couverts par l'allocation pour impotent, fait qui aurait dû être instruit. L'assuré nécessitait des soins médicaux particuliers en raison de troubles de l'évacuation urinaire et intestinale, de sorte que la toilette intime qui devait être faite après ces soins dépassait la simple assistance pour vérifier l'hygiène, laquelle était couverte par l'allocation pour impotent sous l'angle de l'acte « aller aux toilettes »

(cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, ch. 8021). Elle devait par conséquent être prise en charge par l'assureur en vertu de l'art. 18 al. 1 ou 2 OLAA dans la mesure où elle n'était pas couverte par l'allocation pour impotent (consid. 9.2.2).

Concernant la pose de bas de compression, il ressort expressément de l'arrêt de principe que ce geste « ne saurait en tous les cas pas être considéré comme déjà couvert par l'allocation pour impotent » sous l'angle de l'acte « se vêtir et se dévêtir », et qu'il doit être pris en charge comme un soin médical ou non médical, pour lequel une participation de l'assureur est prévue par l'art. 18 al. 2 OLAA (consid. 9.2.2).

Quant au soin des ongles, le Tribunal fédéral a jugé qu'il s'agit « typiquement d'un soin corporel non médical au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA qui n'est pas couvert par l'allocation pour impotent » dès lors qu'il va au-delà de l'acte ordinaire quotidien « faire sa toilette » par lequel on entend se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, ch. 8020 ; cf. consid. 9.2.3).

d. Suite à cet arrêt, les parties se sont à nouveau déterminées.

L'intimée a observé, le 25 janvier 2021, que le Tribunal fédéral semble avoir consacré la règle selon laquelle ce qui dépasse de ce qui est compris et couvert par un acte ordinaire de la vie doit également être pris en charge par l'assureur comme soin médical ou non médical, pour lequel une participation est prévue au sens de l'art. 18 al. 2 OLAA. A contrario, il faut en déduire que l'assureur n'est toujours pas tenu de participer à la prise en charge des soins qui rentrent dans le cadre des actes ordinaires de la vie et qui sont couverts par l'allocation pour impotent. Concernant le rasage, il ne s'agit manifestement pas d'une aide allant au-delà de l'acte « faire sa toilette », de sorte qu'elle maintient qu'elle n'a pas à tenir compte de cette aide dans le décompte de frais de soins à domicile. Il en va de même de l'aide fort minime apportée par la famille pour la préparation des médicaments et qui peut raisonnablement entrer dans l'obligation générale de réduire le dommage. En revanche, s'agissant de la pose de bas de compression et des soins des ongles des pieds, qui ont été répertoriés par la FSCMA sous l'art. 18 al. 2 let. c OLAA et qui ne sont pas pris en considération dans le calcul des garanties de prise en charge litigieuses, il n'est effectivement pas juste de partir du principe que l'aide fournie est couverte par le montant de l'allocation pour impotent de degré moyen.

Par écriture du 23 février 2021, le recourant a pris note que l'intimée admettait devoir prendre en charge l'ensemble des coûts effectifs liés aux actes de pose des bas de compression et aux soins des ongles des pieds dispensés par l'IMAD, de sorte que ce point n'est plus litigieux. Concernant le rasage régulier qui n'apparait dans aucune rubrique du rapport de la FSCMA, quand bien même il s'agit d'un point figurant expressément dans la notice de la Centrale des tarifs médicaux LAA (SCTM) pourtant établie par l'intimée elle-même, cette omission doit bien

évidemment être corrigée, puisqu'il s'agit d'un soin non négligeable et régulier, dispensé par son fils trois fois par semaine. Les limitations fonctionnelles auxquelles font face les personnes paraplégiques ne sont pas uniquement des limitations de la motricité. Il ne peut se raser seul en raison d'un manque de force, d'une fatigue rapide et d'une dyspnée établis, ainsi que du fait qu'il est borgne. Le rasage fait partie des soins nécessaires et doit donc être mentionné et faire partie de l'évaluation du besoin en soins et indemnisé en vertu de l'art. 18 OLAA, qui prévoit expressément une indemnisation pour les soins de base prodigués par les proches de l'assuré, au tarif applicable aux personnes non-autorisées. Dire que certains domaines sont exclus du financement des soins car couverts par l'allocation pour impotent, est erroné puisque la jurisprudence s'attache à une notion monétaire de la surindemnisation et ne se contente pas de renvoyer à des domaines couverts par l'allocation.

Dans sa dernière écriture du 17 mars 2021, l'intimée conclut à l'admission partielle du recours et à l'annulation de la décision litigieuse dans le sens où l'affaire lui est renvoyée pour instruction complémentaire sur la question des soins des ongles des pieds et nouvelle décision sur la prise en charge des soins à domicile, dans laquelle l'aide apportée pour les bas de contention devra être prise en compte. Elle considère, en application de la récente jurisprudence, qu'il faut se demander pour chaque soin médical ou non médical dispensé à un assuré s'il n'est pas déjà couvert par l'allocation pour impotent en examinant plus particulièrement si le soin en question entre ou non dans l'un ou l'autre acte ordinaire de la vie ou s'il dépasse la notion de l'acte concerné tel qu'il est habituellement compris dans le domaine de l'assurance-invalidité. Si le soin médical ou non médical n'entre pas dans l'acte ordinaire de la vie concerné, il doit être pris en charge comme un soin médical ou non médical dans la mesure où il n'est pas déjà couvert par l'allocation pour impotent et pour lequel une participation de l'assureur est prévue par l'art. 18 al. 2 OLAA. Il apparait ainsi que l'assureur doit d'abord prioritairement vérifier si le soin médical ou non médical est couvert par l'allocation pour impotent et ensuite fixer dans un deuxième temps le montant de sa participation. Elle rappelle encore que l'affaire qui a été jugée le 14 septembre 2020 se rapporte à un assuré souffrant d'une tétraplégie complète, alors que le recourant présente une paraplégie sensitivo-motrice complète AIS A thoracique haute. Or, si la prise en charge sous le couvert de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA du geste consistant à mettre et à ôter les bas de compression ne se discute pas, il en va différemment concernant la question des soins des ongles des pieds. En effet, après un examen plus attentif du dossier, elle n'a pas trouvé d'indication médicale parlant en faveur de la prise en charge de ces soins. Quant aux risques évoqués par le recourant dans son mémoire de recours, ils relèvent plutôt de considérations d'ordre général et revêtent donc un caractère plutôt théorique. Une instruction complémentaire s'avère ainsi nécessaire afin d'éclaircir si ce qui est avancé par le recourant est fondé ou non.

20. a. En l'espèce, la chambre de céans rappelle tout d'abord que l'intimée a refusé toute prise en charge des soins non médicaux, au motif que ces derniers étaient déjà indemnisés par le biais de l'allocation pour impotent. Or, conformément à la jurisprudence fédérale, une participation est due sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.

À cet égard, il sied de relever que, contrairement à ce que soutient le recourant, la jurisprudence ne s'attache pas à une notion monétaire de la surindemnisation, mais renvoie bien aux domaines déjà couverts par l'allocation pour impotent. Ainsi, le Tribunal fédéral a clairement précisé que le soin médical ou non médical qui dépasse l'acte ordinaire de la vie doit être pris en charge par l'assureur en vertu de l'art. 18 al. 1 ou 2 OLAA dans la mesure où il n'est pas couvert par l'allocation pour impotent (consid. 9.2.2). Le besoin d'un soin corporel non médical qui n'est pas couvert par l'allocation pour impotent doit être évalué afin de fixer l'étendue de la participation de l'assureur (consid. 9.2.3). Il convient donc de déterminer dans un premier temps si le soin doit être qualifié de médical ou de non médical. Dans le second cas, il faut alors examiner s'il correspond à un acte ordinaire de la vie déjà couvert par l'allocation pour impotent puis fixer l'étendue de la contribution. Quant à la « notion monétaire », c'est la participation de l'assureur qui est visée par le Tribunal fédéral, et non pas la « surindemnisation ». En effet, notre Haute cour a indiqué que « l'étendue de la participation », respectivement « la contribution », peut être fixée sur la base des coûts effectifs assumés par l'intéressé, en fonction du manque à gagner effectif de la personne qui dispense les soins ou, indépendamment de ces deux critères, sur la base des coûts qu'occasionnerait le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail (consid. 5.2.2.2 et 5.2.3.2, et consid. 7.6).

Ainsi, le soin non médical qui entre dans la définition d'un acte ordinaire de la vie et qui est à ce titre déjà pris en considération dans le cadre de l'allocation pour impotent n'incombe pas à l'assureur.

b. La chambre de céans constate ensuite que l'évaluation de la FSCMA a été réalisée le 25 septembre 2019 par une personne qualifiée, au domicile du recourant, en présence de ce dernier, de son épouse et de sa fille, de la responsable d'équipe de l'IMAD et d'une infirmière de l'IMAD, d'une collaboratrice et d'un collaborateur de ParaHelp, et d'un collaborateur de l'intimée. Le rapport y relatif du 7 octobre 2019 énumère, suivant le fil de la journée, toutes les prestations d'aide et de soin effectuées, avec une brève description de chaque geste, leurs motifs spécifiques et les éventuels risques, la mention de l'auteur (famille et/ou service de soins à domicile), sa fréquence journalière, hebdomadaire ou mensuelle. La description des activités a été consignée dans une récapitulatif mentionnant le temps investi par jour par la famille et le service de soins à domicile, selon la distinction opérée par l'OPAS.

Ce rapport ne contient cependant aucune indication quant à une éventuelle indemnisation d'un geste déjà prise en compte par le biais de l'allocation pour impotent. Il se limite à différencier les prestations selon les trois catégories de mesures mentionnées à l'art. 7 OPAS, sans mentionner les prestations déjà indemnisées par l'allocation pour impotent. L'enquêtrice n'a pas examiné concrètement, pour chaque acte de soin, si et dans quelle mesure il entrait dans l'aide ou la surveillance couvertes par ladite allocation.

Le rapport du 7 octobre 2019 ne permet donc pas de distinguer les soins non médicaux déjà couverts par l'allocation pour impotent sous l'angle des différents actes de la vie ordinaire, et ne permet par conséquent pas de fixer le montant de la prise en charge qui incombe à l'intimée.

c. Partant, la cause doit être renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède à une nouvelle évaluation et détermine clairement, pour chaque besoin de soin non médical, s'il est déjà couvert par l'allocation pour impotent.

d. Enfin, la chambre de céans rappellera brièvement ce qui suit, s'agissant des différents soins discutés par les parties.

Concernant la pose de bas de compression, il ressort expressément de l'arrêt de principe que ce geste n'est pas déjà couvert par l'allocation pour impotent sous l'angle de l'acte « se vêtir et se dévêtir », et qu'il doit être pris en charge comme un soin médical ou non médical. Étant donné que le rapport de la FSCMA ne permet pas de déterminer s'il s'agit d'un soin médical ou d'une aide non médicale, l'intimée ne saurait être suivie lorsqu'elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse et nouvelle décision sur la prise en charge des soins à domicile, dans laquelle « l'aide » apportée pour les bas de contention devra être prise en compte. À ce stade, au vu de l'arrêt fédéral, il ne peut être exclu que la pose de bas de compression doive être prise en charge comme un soin médical. Ce besoin devra donc être qualifié et évalué dans un nouveau rapport pour examen de sa prise en charge sous l'angle de l'art. 18 al. 1 OLAA ou 18 al. 2 OLAA.

Quant aux soins des ongles, le rapport de la FSCMA retient un temps investi de 10 minutes, 2 fois par mois, par la famille pour les mains (0.67 minute par jour) et 15 minutes, 2 fois par mois, par l'IMAD pour les pieds (1 minute par jour). Le Tribunal fédéral a jugé qu'il s'agit « typiquement d'un soin corporel non médical au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA qui n'est pas couvert par l'allocation pour impotent » dès lors qu'il va au-delà de l'acte ordinaire quotidien « faire sa toilette ». Dès lors que notre Haute cour n'a pas considéré que ce besoin pouvait correspondre à un acte médical, et ce alors que l'assuré souffrait de tétraplégie complète, il doit en aller de même dans le cas du recourant. Une nouvelle qualification n'apparaît ainsi pas nécessaire, mais l'intimée devra tenir compte de ce besoin en soin et fixer sa contribution conformément à l'art. 18 al. 2 let. b OLAA.

Il découle en outre de l'analyse du Tribunal fédéral que l'acte consistant à se raser fait partie de l'acte ordinaire quotidien « faire sa toilette », de sorte qu'il est déjà couvert par l'allocation pour impotent.

En ce qui concerne de temps que la famille consacre à la préparation des médicaments, l'argumentation de l'intimée, qui soutient que cette aide minime entre dans l'obligation générale de réduire le dommage, peut être suivie. En effet, la Recommandation N° 7/90 relative à l'aide et aux soins à domicile prévoit que les soins et l'aide dispensés par la famille font en principe partie des obligations qui lui incombent et ne tombent par conséquent pas sous le coup des exceptions stipulées à l'art. 18 al. 2 OLAA. Il convient plutôt de ne verser une indemnité que si le dommage matériel peut être prouvé (par exemple la perte de gain du conjoint qui travaille par ailleurs, les frais de déplacement des enfants qui ne vivent pas sur place) ou si l'aide fournie va clairement au-delà de ce que l'on peut raisonnablement attendre d'un membre de la famille (par exemple une prise en charge de plusieurs heures par jour pendant une longue période). Compte tenu du temps retenu pour cette contribution, soit 10 minutes par semaine ou 1.42 minute par jour selon le rapport de la FSCMA, il appert effectivement qu'il s'agit d'une aide modeste qui n'a pas à être indemnisée.

21. Eu égard à tout ce qui précède, la cause doit être renvoyée à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une nouvelle évaluation permettant de déterminer si les différents soins dispensés à domicile doivent être pris en charge comme des soins médicaux ou des aides non médicales. Pour ces dernières, elle devra examiner si les besoins sont déjà couverts par l'allocation pour impotent et, si tel n'est pas le cas, fixer l'étendue de sa participation dans une nouvelle décision sujette à opposition.

22. Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 19 février 2020 annulée.

23. Le recourant conclut à l'allocation d'un montant de CHF 4'485.40 à titre de dépens.

    S'il a droit à une indemnité dès lors qu'il obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA), le droit cantonal prévoit que la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.- (art. 6 du règlement genevois du 30 juillet 1986 sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - RFPA - E 5 10.03). En règle générale, les honoraires d'avocat sont fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2.3).

    En l'espèce, eu égard aux particularités de la cause, l'indemnité de dépens sera fixée à CHF 2'000.-.

24. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 19 février 2020 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le