

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 novembre 2022

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
M. Métral et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Sandra Rodriguez, avocate  
à Bienne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimé, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 10 al. 3 LAA ; 18 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1995, a été victime d'une chute le 6 septembre 2014 qui a entraîné une tétraplégie, secondaire à une contusion médullaire au niveau de C2. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Après avoir été hospitalisé plusieurs mois au Centre suisse des paraplégiques, l'assuré a pu retourner à domicile le 14 septembre 2015. Les soins à domicile ont dans un premier temps été fournis par G. \_\_\_\_\_ SA puis par Y. \_\_\_\_\_ Sàrl, désormais en liquidation, dont l'activité a été poursuivie par Z. \_\_\_\_\_ Sàrl.

Le 16 décembre 2015, la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (ci-après : FSCMA), mandatée par la CNA, a établi un rapport d'enquête sur le déroulement de la journée de l'assuré en lien avec les soins à domicile.

Par décision du 3 mai 2016, la CNA a, d'une part, octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré grave dès le 1<sup>er</sup> mai 2016 et a, d'autre part, annoncé qu'elle participerait dès cette date aux soins à domicile prescrits par un médecin à hauteur de 7'223 fr. 14 par mois pour ceux donnés par une personne autorisée et de 60 fr. 83 pour ceux donnés par une personne non autorisée.

Par décision du 12 septembre 2016, confirmée sur opposition le 8 novembre 2016, la CNA a alloué à l'assuré à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016 une rente d'invalidité de 1'313 fr. 25 par mois, tenant compte d'une diminution de la capacité de gain de 100 % et d'un gain annuel assuré de 27'950 fr., ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %, se montant à 126'000 francs. Le recours interjeté auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a été rejeté par arrêt du 9 juin 2017 (AA 139/16 - 60/2017).

**b)** Par courrier du 21 mars 2018, l'assuré a demandé à la CNA la révision de la participation aux frais d'aide et de soins à domicile, invoquant que sa situation médicale s'était aggravée et qu'il nécessitait désormais une surveillance nocturne, qui avait été provisoirement et partiellement prise en charge par l'assurance-maladie. Il a par ailleurs fait valoir que les tarifs qui avaient servi à déterminer le montant pris en charge avaient été modifiés à la hausse depuis la décision du 3 mai 2016. Il a joint à sa demande un rapport du 21 mars 2018 de la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, médecine interne et intensive, attestant qu'une surveillance nocturne était médicalement indispensable.

Les 4, 6 et 13 avril 2018, D.\_\_\_\_ SA, assureur maladie de l'assuré pour l'assurance obligatoire des soins, a fait parvenir à la CNA une copie des factures de soins qu'elle avait prises en charge durant la période de mai 2016 à février 2018. Elle a expliqué que le remboursement des veilles de nuit d'octobre 2017 à mars 2018 correspondait à un arrangement avec la famille afin de soulager son quotidien et qu'elle y avait mis fin à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018.

Le 28 mai 2018, la CNA a réceptionné un rapport non daté établi par la Dre R.\_\_\_\_\_, qui demandait que des veilles actives quotidiennes soient financièrement prises en charge du 5 mai 2018 au 6 juillet 2018 afin de s'assurer que les malaises de l'assuré ne se reproduiraient plus avec les nouveaux paramètres ventilatoires et la correction de l'alcalose respiratoire mis en place. Si tel était le cas, seules des veilles passives resteraient ensuite indiquées.

Dans une appréciation médicale du 25 juin 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecine du travail, et médecin d'arrondissement à la CNA, a proposé la prise en charge financière de la surveillance active nocturne, qui avait permis d'une part de confirmer avec une très bonne certitude l'origine des malaises et, d'autre part, d'éviter une prolongation de l'hospitalisation ou des hospitalisations itératives. Passé le délai de deux mois, une surveillance passive nocturne serait suffisante.

Le 6 juillet 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle était disposée à prendre en charge les surveillances nocturnes nécessitées durant le printemps 2018 à raison de 20 fr. l'heure pendant les deux mois de surveillance active.

Par courrier du 13 juillet 2018, l'assuré a estimé qu'il appartenait à la CNA de prendre en charge les surveillances de nuit en tant que traitement médical et ce depuis la mise en place de la ventilation mécanique en automne 2017, en raison des risques d'étouffement présents.

Le 17 juillet 2018, la CNA a réceptionné le rapport sur le déroulement de la journée établi le 8 mai 2018 par la FSCMA :

Rapport d'enquête sur le déroulement de la journée

Qui?	Qui effectue la prestation?	F = famille / S = service de soins à domicile
Nb	Nombre de fois que la prestation est effectuée	
Fréq	Fréquence 2j, 3j, 7j s m	2, 3, 7 jours par semaine Chaque semaine Chaque mois
Temps	Temps par prestation (1x) en minutes	
Exemples	2 fois par jour, 7 jours par semaine 2 fois par semaine	2 7j 2 s

Prénom et nom	A.F. _____
No de sinistre et de rente	01.57090.14.3

							À remplir par la Suva		
Heure: de ... à ...	Travail, comportement, soins (description de l'activité)	Qui	Nb Fréq.	Temps	Temps total en minutes	Soins méd.	Aide non-méd.	Apl	
Soins de Spitex de 07:30-09:30 heures	<b>Mettre ou enlever un masque CPAP</b>								
	Enlever le masque CPAP.	S	1 4j	2	1.14	X			
		F	1 3j	2	0.86	X			
	<b>Contrôle des signes vitaux</b>								
	En raison de la situation cardio-vasculaire instable chez M.F. _____, les signes vitaux (pouls, pression artérielle, respiration, température) sont contrôlés plusieurs fois par jour. Ceci afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires, respectivement appeler un médecin, dans le cas d'une péjoration du système cardio-vasculaire. (soutien respiratoire avec l'appareil respiratoire, administrer de l'oxygène, installation pour stabiliser le système cardio-vasculaire etc.)	S	3 4j	3	5.14	X			
		S	2 3j	3	2.57	X			
		F	1 3j	3	1.29	X			
	<b>Prévention des escarres</b>								
	Contrôle de la peau sur tout le corps. M.F. _____ a la peau très sensible, des escarres se produisent rapidement. A notre avis, la nécessité de contrôler la peau trois fois par jour est justifiée.	S	3 4j	3	5.14		X		
		S	2 3j	3	2.57		X		
F		1 3j	3	1.29		X			
Positionnement pour donner le déjeuner. (Apl.)							X		
Donner le déjeuner. (Apl.)							X		

Donner les médicaments. (calculé ci-dessous)						
Vider la poche à urine (calculé ci-dessous).						
<b>Administrer des médicaments par la sonde gastrique :</b>						
Deux médicaments (Vitamin D3 et Movicol) sont administrés par la sonde « PEG ».						
Le matin, les gouttes de Vitamin D3 et rincer la sonde.	S	1 4j	5	2.86	X	
	F	1 3j	5	2.14	X	
Le soir, le Movicol.	S	1 7j	5	5	X	
<b>Administrer les médicaments préparés per os:</b>						
Le matin : administrer 7 comprimés.	S	1 4j	3.5	2	X	
	F	1 3j	3.5	1.5	X	
À midi: administrer 2 comprimés.	S	1 7j	1	1	X	
Le soir: administrer 5 comprimés.	S	1 7j	2.5	2.5	X	
Administrer les médicaments en réserve. En moyenne, deux fois par jour, M.F._____ a besoin d'un médicament en réserve. Ce médicament est administré par la personne présente. De ce fait, nous calculons : une fois par semaine, par une personne soignante et une fois par semaine, par la famille.	S	1 7j	1	1	X	
	F	1 7j	1	1	X	
Administrer le collyre dans les yeux. M.F._____ a les yeux très irrités, manquant d'humidification par la paupière. Par ce fait, un collyre est administré quatre fois par jour pour humecter les yeux.	S	2 7j	0.5	1	X	
	F	2 7j	0.5	1	X	
En plus, un soin spécial pour les yeux (humecter et rincer) est effectué le matin pour décoller les parties desséchées. (Apl.)						
<b>Préparer les médicaments :</b>						
Une fois par semaine, préparation des médicaments dans le pilulier. Le personnel soignant nous indique un minutage de temps de 15 minutes à chaque fois ce que qui n'est pas justifié à notre avis. (il y a huit médicaments différents prescrits à terme). Nous calculons 10 minutes pour préparer les médicaments.	S	1s	10	1.42	X	

<p>09 :30- 12 :30</p>	<p>Intervention Spitex pour effectuer les soins de base et les soins de traitements. Rapport de la nuit.</p> <p>Tourner sur le côté pour administrer les suppositoires. (Apl.)</p> <p><b>Soins en cas des troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale</b></p> <p>M.F. nécessite deux suppositoires Lecicarbon afin d'activer la péristaltique de l'intestin</p> <p><b>Massage de l'intestin :</b></p> <p>Massage de l'intestin afin de stimuler la péristaltique et ainsi de faciliter l'extraction manuelle des selles.</p> <p>Pour une extraction manuelle des selles qui est suffisante, il est nécessaire de faire un massage de l'intestin au minimum pendant 15 minutes avant l'extraction.</p> <p>En raison des différents appareils implantés (pompe Baclofen, stimulation du diaphragme et sonde PEG) il est difficile d'effectuer un massage du colon suffisant. Le personnel soignant nous indique un minutage de temps de 20 minutes à chaque fois, ce qui n'est pas justifié à notre avis. Nous calculons 15 minutes.</p> <p><b>Extraction manuelle des selles :</b></p> <p>Stimulation digitale et ensuite extraction manuelle des selles.</p>	S	1 7j	30	30	X	
	<p><b>Ajuster l'étui pénien :</b></p> <p>Enlever l'étui pénien et nettoyer les restes de l'adhésif. L'étui ne colle pas pour 24 heures a cause de la peau qui est très irritée.</p> <p>Effectuer la toilette intime.</p> <p>La peau dans la région intime est très rouge et irritée. Pour effectuer la toilette intime et pour changer l'étui pénien, il faut travailler avec beaucoup de prudence pour éviter toute lésion supplémentaire sur une peau déjà très irritée.</p> <p>Mettre l'étui pénien.</p>	S	2 7j	7	14	X	

<p><b>Vider la poche à urine :</b></p> <p><b>Changer la poche à urine :</b></p> <p><b>Test simple</b></p> <p>En moyenne une fois par semaine il y a le risque que M.F._____ souffre d'une infection des voies urinaires. Le personnel soignant effectue un Combur test de manière autonome. Si une infection se confirme, le médecin de famille est contacté et des antibiotiques sont prescrits.</p> <p>Les jours de douche, M.F._____ est transféré sur un lit de douche et ensuite douché. Les autres jours, une toilette complète est effectuée au lit. (Apl.) Après la douche, transfert sur le lit et sécher. (Apl.)</p>	<p>S F  S  S</p>	<p>3 7j 3 7j  1 7j  1s</p>	<p>2 2  2</p>	<p>6 6  2  0.28</p>	<p>X X  X</p>		
<p><b>Prévention des escarres :</b></p> <p>Le matin, le personnel soignant frictionne la peau sur tout le corps avec une lotion nourrissante et masse les points d'appui. (coudes, talons, épaules, derrière, hanches, orteils, tibias.) Etant donné que l'état cutané de M.F._____ s'est péjoré (la peau est plus sensible et présente d'avantage de point d'appui) un minutage de temps de 15 minutes est justifié pour masser les points d'appui.</p> <p>Dans la région trochantérienne : application de « Cavillon 3D », une pommade spéciale qui protège la peau contre la pression.</p> <p>M.F._____ présente des rougeurs sur la poitrine qui sont traitées à la pommade Bepanthen.</p> <p>La peau dans toute la région intime est partiellement lésée ou très irritée. (voir ci-dessous) étant donné que M.F._____ était couché dans son urine lors du séjour à l'hôpital. La peau est traitée actuellement avec de la lotion Excipial.</p> <p><b>Mobilisation active/passive :</b></p> <p>Deux fois par jours : exercer les extrémités pour la prophylaxie des contractures musculaires. M.F._____ souffre souvent de douleurs et de spasmes.</p>	<p>S  S  S  S</p>	<p>2 7j  1 7j  1 7j  1 7j  2 7j</p>	<p>15  1  0.5  0.5  15</p>	<p>30  1  0.5  0.5  30</p>	<p>X  X  X  X</p>		

	<p>Stimulation électrique des muscles supérieurs du dos, des épaules et du tronc (par impulsions électriques transmises moyennant l'utilisation de « Pads »), en vue de la prophylaxie des contractures musculaires.</p> <p>Le personnel soignant indique un minutage de temps de 20 minutes, à chaque fois. Nous calculons en tout six minutes pour appliquer les pads aux parties musculaires mentionnées ci-dessus.</p>	S	1 7j	6	6		X	
	<p><b>Massage/frictions</b></p> <p>M.F. _____ souffre de douleurs au niveau de la partie supérieure du dos, aux épaules et à la nuque. Deux fois par jour (le matin et le soir) ces parties douloureuses sont massées avec du Fortalis. Afin de calmer les douleurs et de relâcher les muscles de manière efficace, un massage de 10 minutes est nécessaire.</p>	S F	1 7j 1 7j	10 10	10 10		X X	
	<p><b>Rincage, nettoyage et pansement de plaies</b></p>							
	<p><b>Très simple sonde PEG</b></p> <p>Un risque d'escarres est constaté par la pression du tuyau. Pour cette raison, il est nécessaire de changer le pansement et de mobiliser la sonde « PEG » une fois par jour afin de pouvoir réaliser le contrôle principal.</p> <p>Le personnel soignant indique un minutage de temps de 12 minutes. Ceci nous paraît trop long, nous calculons 5 minutes.</p>	S	1 7j	5	5	X		
	<p><b>Très simple</b></p> <p>Changer le pansement à l'endroit de la ponction du stimulateur du diaphragme. La pression du câble du stimulateur du diaphragme sur la peau pourrait par la suite favoriser un escarre. Pour cette raison, le changement du pansement et la mobilisation du câble est nécessaire tous les jours. Puisque la fonction de l'appareil doit être contrôlée après chaque action. Le personnel soignant indique un minutage de temps de 20 minutes. Ceci nous paraît trop long, le minutage de temps de 10 minutes nous semble réaliste.</p>	S	1 7j	10	10	X		
	<p>Les jours, quand M.F. est douché, le pansement est recouvert d'un pansement étanche à l'eau et ensuite changé. Pour cela, le stimulateur du diaphragme est enlevé.</p>	S	1 3j	5	2.14	X		

<p><b>Simple escarre au pied droit</b></p> <p>M. F. _____ souffre d'un escarre sur le côté extérieur du pied droit. La plaie est nettoyée avec du NaCl, traitée à la crème Cavillon et séchée, recouverte avec du Mepilex. Par le fait de porter des bas de compression, le pansement se défait plus rapidement que d'habitude et pour cette raison, il doit être changé quotidiennement.</p>	S	1 7j	5	5	X		
<p><b>Simple</b></p> <p>Lors du dernier séjour à l'hôpital, une sonde Cystofix lui a été posée. Par un incident, elle a été arraché ce qui a produit une plaie. La plaie n'est pas fermée de manière chirurgicale, car elle doit se refermer de l'intérieur. De l'urine sort de la plaie comme auparavant, c'est pourquoi le pansement doit être changé deux fois par jours. Afin d'éviter des infections, une hygiène correcte doit être garantie. A cela s'ajoute encore que toute la peau dans la région du ventre, du derrière et de la région intime est très rougie, irritée et en partie est détériorée. Le minutage de temps de 10 minutes pour ce pansement est donc justifié.</p>	S	2 7j	10	20	X		
<p>En moyenne, tous les deux jours, le pansement doit être changé supplémentaires à midi, car il est déjà mouillé.</p>	S	1 3.5j	10	5	X		
<p><b>Très simple</b></p> <p>En protection de la peau des escarres guéris, un pansement Comfeel ou Mepilex est appliqué actuellement au derrière (au niveau sacral) et sur les deux tibias.</p> <p>Mettre la ceinture ventrale, les bas de compressions et le reste des vêtements. Transfert dans le fauteuil roulant électrique moyennant une planche de transfert.</p>	S	1 7j	5	5	X		
<p><b>Installation</b></p> <p>Installation dans le fauteuil roulant électrique. Une position d'assise correcte est indispensable, car M. F. _____ guide le fauteuil roulant et les moyens auxiliaires avec la bouche. Le personnel soignant indique un minutage de temps de 20 minutes. Ceci n'est pas justifié, à notre avis, nous calculons 1 minute pour la prévention d'escarre. (Matin et après-midi)</p>	S	2 7j	1	2		X	

	<p><b>Soins de gastrostomie</b></p> <p>Selon les dire de l'infirmière, la sonde « PEG » est rincée avec de l'eau avant d'administrer les médicaments. A notre avis, ceci n'est pas nécessaire puisque pendant la nuit, en complément de l'hydratation per os, une adduction d'eau (jusqu'à 2 lt.) est administrée par la sonde « PEG ».</p> <p><b>Alimentation par sonde</b></p> <p>En principe, M.F. _____ est en mesure de s'alimenter per os, la sonde est laissée en place pour l'adduction d'eau et l'administration des médicaments.</p> <p>Chaque soir, l'adduction de 2 litre d'eau est administrée par la sonde. Ceci dépend de la quantité que M. F. a bu pendant la journée.</p> <p>Changer la bouteille à eau et l'étui de la sonde une fois par semaine.</p>								
	<p><b>Exercices respiratoires simples</b></p> <p>Gonfler les poumons moyennant le « Ambu-beutel », trois séries à chaque fois à 10 respirations. (08:00 h, 11:00 h, 15:00 h, 20:00 h, et 23:00 h)</p> <p>Pour maintenir l'élasticité des poumons et pour l'aération des poumons.</p> <p><b>Utilisation du Cough-Assist :</b></p> <p>Pour mobiliser les sécrétions dans les bronches comme prévention de pneumonie. Ensuite, l'aspiration des sécrétions est nécessaire.</p>	S	1 7j	6	6		X		
		S	1 s	2	0.28		X		
		S	2 7j	5	10		X		
		F	3 7j	5	15		X		
		S	1 7j	8	8		X		
		F	1 7j	8	8		X		
13:00	<p>Donner le repas de midi et les médicaments (calculé ci-dessus).</p> <p>Vider la poche à urine (calculé ci-dessus).</p> <p>De 12:30 à 19:30 h, M.F. _____ est pris en charge par des aides-soignantes privées.</p> <p>Celles-ci accompagnent M.F. _____ aux examens, aux rendez-vous médicaux et à la physiothérapie qui a lieu, selon l'état du jour de l'assuré, soit à son domicile soit dans le cabinet de physiothérapie.</p>								
13:30	<p><b>Mobilisation active/passive</b></p> <p>Tous les deux jours, M.F. est mobilisé sur le lit verticalisateur. En raison de la situation cardiovasculaire instable, cette mobilisation doit être effectuée prudemment et par ce fait, cela demande beaucoup de temps. Lors de la phase de</p>								



	<p>Toilette du soir, mettre le pyjama.</p> <p>Vider la poche à urine (calculé ci-dessus), toilette intime.</p> <p>Changer l'étui pénien. Etant donné que la peau dans la région intime est détériorée et irritée, l'étui pénien ne colle plus jusqu'au soir. Pour cette raison, il faut le remettre à nouveau. (calculé ci-dessus)</p> <p>Contrôle de la peau sur tout le corps, masser les points d'appui (calculé ci-dessus).</p> <p>Massage de la nuque. (calculé ci-dessus).</p> <p>Administrer les médicaments par la sonde PEG (calculé ci-dessus).</p> <p>Prophylaxie des contractures (calculé ci-dessus).</p> <p><b>Installations :</b></p> <p>Installation dans le lit. Le personnel soignant indique un minutage de temps de 20 minutes ce qui ne nous paraît pas justifié. Préparer les moyens auxiliaires, donner un coup de main.</p>	S	1 7j	5	5			X
20:30-07:30	<p>Prise en charge par la famille.</p> <p>Vider la poche à urine (calculé ci-dessus).</p> <p>Mesurer la pression artérielle, le pouls et le taux d'oxygène. (calculé ci-dessus).</p> <p><b>Installations :</b></p> <p>Installation pour la nuit. Beaucoup de coussins sont nécessaires pour l'installation. Ceci exige beaucoup de temps.</p> <p><b>Mettre ou enlever un masque CPAP</b></p> <p>Mettre le masque CPAP de manière correcte pour garantir une respiration efficace. Eviter tout échappement d'air, ceci doit être contrôlé. Pendant la nuit, la poche à urine est vidée en plus (calculé ci-dessus)</p>	F	1 7j	10	10			X
	<p>Mettre le masque CPAP de manière correcte pour garantir une respiration efficace. Eviter tout échappement d'air, ceci doit être contrôlé. Pendant la nuit, la poche à urine est vidée en plus (calculé ci-dessus)</p>	F	1 7j	5	5		X	

Le rapport contenait les remarques finales suivantes (sic) :

« L'entretien de tous ces appareils exige beaucoup de temps (nettoyage, changement de batteries, contrôles du fonctionnement etc.)

L'entretien pour la pompe « Baclofen » est effectué au Centre des traitements de la douleur à [...].

Il a besoin de [d]avantage de soins pendant la nuit, la famille dépend du soutien de tierces personnes, car les deux parents suivent une activité professionnelle.

M. F. \_\_\_\_\_ a souffert d'arrêts respiratoires. Jusqu'à présent, il n'est pas clair, ce qui a causé ces syncopes.

Afin d'effectuer des examens complémentaires et de trouver la raison de cet état, M. F. \_\_\_\_\_ sera hospitalisé à nouveau suite à cet éclaircissement. Nous ne connaissons pas les résultats de ces examens.

La mère décrit les syncopes de la manière suivante :

Le teint de la peau de M. F. \_\_\_\_\_ change, il se met à tourner les yeux jusqu'à ce qu'un arrêt respiratoire se manifeste. (le taux d'oxygène baisse. Sans les mesures adéquates. M. F. \_\_\_\_\_ pourrait mourir ou subir un dégât au niveau cérébral.) M. F. \_\_\_\_\_ doit immédiatement [ê]tre oxygéné avec le « Ambubeutel »; cette mesure stabilise le système cardio-vasculaire et M. F. \_\_\_\_\_ se met à respirer de manière autonome.

Etant donné que les mesures des signes vitaux (pression artérielle, pouls, taux d'oxygène, température) se trouvent dans les normes avant ces syncopes, la nécessité d'une respiration moyennant le « Ambubeutel » ne peut être constatée uniquement par l'observation. C'est à un médecin d'ordonner de quelle manière la surveillance doit être effectuée.

Nous ne sommes pas en mesure de juger, si une surveillance avec observation est nécessaire ou si une surveillance moyennant les appareils correspondants suffit (oxygène, CO<sub>2</sub>, pression artérielle, pouls).

La mère de l'assuré a une grande peur que M. F. \_\_\_\_\_ puisse mourir lors d'une syncope, si une intervention adéquate n'est pas réalisée immédiatement.

Jusqu'à présent, la surveillance a été réalisée par Spitex pendant 4 nuits par semaine. Pendant trois nuits par semaine, c'est la famille qui s'en occupe. Mme E. \_\_\_\_\_ (mère de l'assurée) explique qu'elle est très investie par cette situation chargée, car tous les deux parents ont une activité professionnelle. »

Selon le tableau de calcul établi par la CNA le 17 juillet 2018, l'indemnisation par mois pour les soins médicaux se montait à 5'905 fr. 72 pour ceux effectués par des personnes autorisées et à 711 fr. 53 pour ceux donnés par des personnes non autorisées, compte tenu d'un tarif horaire respectif de 83 fr. et 30 francs. L'indemnisation pour l'aide non médicale s'élevait à 4'111 fr. 46 pour les personnes autorisées et à 359 fr. 79 pour les personnes non autorisées, compte tenu d'un tarif horaire

respectif de 76 fr. et de 27 francs. La participation totale était de 11'089 fr. par mois.

**c)** Le 18 juillet 2018, la CNA a rendu une décision formelle aux termes de laquelle elle a admis la prise en charge des surveillances nocturnes nécessitées durant le printemps, à raison de 20 fr. l'heure, soit un montant mensuel de 5'475 fr. pendant les deux mois de surveillance active.

Par décision du 18 juillet 2018 également, la CNA a annoncé à l'assuré qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2018, elle lui verserait une participation aux frais de 5'905 fr. 72 pour les soins médicaux dispensés par une personne autorisée, de 711 fr. 53 pour les soins médicaux dispensés par une personne non autorisée et de 4'471 fr. 25 pour l'aide non médicale.

Le 31 juillet 2018, l'assuré s'est opposé à ces deux décisions au motif que les soins de base étaient sous-évalués et pas suffisamment détaillés, que chaque transfert prenait 30 minutes, que le matériel devait être entretenu tous les jours et que les 150 heures par semaine effectuées par Z. \_\_\_\_\_ devaient être prises en charge. Il a en outre fait valoir que l'évaluation ne tenait pas compte de la surveillance de nuit, qui était assurée de 22h à 7h pour un montant de 25 fr. l'heure, hors charges sociales.

Par acte de sa mandataire du 12 septembre 2018, l'assuré a complété son opposition. Il a estimé qu'il convenait d'évaluer entièrement et correctement son besoin en soins et qu'il y avait lieu de fixer le droit à la contribution mensuelle augmentée au 1<sup>er</sup> avril 2017 pour les soins à domicile, respectivement au 1<sup>er</sup> octobre 2017 en ce qui concerne les veilles. Il a expliqué que depuis l'automne 2017, il devait porter la nuit un masque de ventilation mécanique en raison des problèmes pulmonaires liés à la tétraplégie et il était arrivé à plusieurs reprises qu'il perde connaissance et risque de s'étouffer avec ses vomissements, ce qui rendait nécessaire une veille nocturne à vie et avait nécessité une veille active durant deux mois. Il s'agissait de traitements médicaux à charge de

l'assurance-accidents. Il a considéré que l'évaluation faite par la FSCMA ne reflétait pas son réel besoin en soins et a soulevé plusieurs critiques à son encontre. Il a produit le protocole de soins pour une nuit normale qui avait été établi par sa famille le 31 août 2018.

Par téléphone du 3 octobre 2018, la mère de l'assuré a informé la CNA que ce dernier avait fait trois nouveaux malaises respiratoires importants et avait dû être hélicoptéré et hospitalisé d'urgence lors du dernier, ce qui confirmait que les veilles actives étaient encore nécessaires.

Le 20 janvier 2019, la mère de l'assuré a fait savoir que les veilles de nuit actives avaient coûté 20'539 fr. 15 pour la période du 5 mai au 6 juillet 2018.

Par décision sur opposition du 11 février 2019, la CNA a annulé sa décision du 18 juillet 2018 relative à la prise en charge des veilles nocturnes et rejeté l'opposition à la seconde décision du 18 juillet 2018 relative à l'évaluation des soins à domicile. Elle a estimé nécessaire de procéder à une instruction complémentaire en vue de connaître la cause des malaises de l'assuré et se déterminer quant à la nécessité de poursuivre au-delà du délai de deux mois la prise en charge de veilles nocturnes actives. S'agissant de l'évaluation des soins, elle a précisé que conformément à sa nouvelle pratique, elle acceptait d'appliquer le nouveau droit entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour déterminer les prestations dues à l'assuré, en dépit des termes des dispositions transitoires applicables. Elle a relevé qu'en matière d'assurance-accidents, seules les positions relatives à l'installation, aux exercices, à la mobilisation et la prévention des escarres étaient à prendre en compte. Elle a retenu que l'enquêtrice disposait des qualifications nécessaires pour estimer la durée des soins et avait connaissance de la situation concrète puisque l'enquête avait été réalisée à domicile, en présence également de deux infirmières en charge des soins, œuvrant pour le compte de Z.\_\_\_\_\_, et d'une *case manager* auprès de Pro Infirmis. L'enquêtrice avait par ailleurs déjà procédé à des enquêtes en décembre 2015, au sujet

desquelles l'assuré n'avait soulevé aucun grief. Son rapport, qui était complet et détaillé, revêtait une pleine valeur probante. S'agissant de l'étendue de la prise en charge, l'alimentation et les soins corporels de base tombaient sous le coup de l'allocation pour impotence grave qui était allouée à l'assuré et toutes les prestations de soins à domicile non médicaux ne devaient pas obligatoirement être indemnisées en matière d'assurance-accidents. La CNA a refusé de qualifier certains soins différemment de la classification opérée par l'enquêtrice et d'ainsi déroger à l'art. 7 al. 2 OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31), précisant que le simple fait qu'un geste soit plus complexe et/ou qu'il soit complémentaire à des soins médicaux ne suffisait pas encore à l'assimiler à un traitement médical. Une instruction complémentaire auprès de ParaHelp, comme requis par l'assuré, ne lui apparaissait pas nécessaire.

**B.** Par acte de sa mandataire du 13 mars 2019, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre la seconde décision sur opposition, concluant à son annulation en ce qui concerne le financement des soins à domicile et, principalement, à l'octroi dès le 1<sup>er</sup> avril 2017 d'une participation aux soins d'un montant à préciser ultérieurement, sous déduction des montants déjà versés, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction. Il a estimé souhaitable que l'Office fédéral des assurances sociales soit invité à prendre position en cours de procédure. Il a précisé que le tarif horaire pour les soins avait augmenté dans le cadre de la nouvelle convention tarifaire conclue entre l'intimée et la majorité des organisations de soins à domicile, dont Z.\_\_\_\_\_. Il a annoncé qu'une nouvelle évaluation de son besoin en soins avait été faite par un expert de ParaHelp ayant des connaissances spécifiques en matière de tétraplégie et une infirmière experte de cette thématique. Ces derniers avaient chronométré les soins, ce qui était une méthode plus fiable pour déterminer le minutage. Le recourant a reproché à la CNA de s'être basée sur une évaluation du besoin en soins lacunaire et partiellement erronée, d'avoir mal qualifié les soins et d'avoir retranché l'allocation pour impotent d'une manière arbitraire. Le fait que l'enquêtrice ait déjà procédé à une enquête par le passé n'était selon lui pas pertinent compte tenu de la

relative simplicité d'une évaluation en matière d'allocation pour impotent. Le recourant doutait de l'indépendance de la FSCMA, qui était fréquemment mandatée par les assurances sociales, et s'était cantonnée à évaluer certains domaines de soins seulement. Il a considéré que le versement de l'allocation pour impotent ne dispensait pas la CNA de prendre en compte la majorité des soins de base et de les financer. L'intimée aurait ainsi dû évaluer les soins d'hygiène et les soins qui entraient dans la définition des soins selon l'OPAS, notamment ceux liés à l'acte de manger et de se vêtir. Il a reproché à l'intimée de faire fi de la jurisprudence traitant des soins de base accessoires à des traitements. Certains actes devaient en outre être considérés comme médicaux de par leur signification et leur complexité, étant précisé que l'OPAS ne s'appliquait pas par renvoi à l'assurance-accidents, mais tout au plus par analogie. Tel était le cas de la mobilisation (installations, transferts), des soins corporels relatifs à l'hygiène (la douche étant un acte accessoire aux soins intestinaux et vésicaux), de la mise en place des bas de compression, du soin des ongles, de l'administration d'un soin spécial pour les yeux le matin et des soins pour les escarres.

Par réponse du 13 mai 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a considéré que la méthodologie utilisée, qui avait intégré tous les intervenants, permettait de tenir compte des besoins du recourant de manière globale et de leur caractère évolutif, sans dépendre du temps utilisé par un seul intervenant. Le fait que la FSCMA était fréquemment mandatée par les assureurs sociaux ne constituait pas un motif suffisant pour conclure à de la prévention ou de la partialité, comme l'avait jugé le Tribunal fédéral en lien avec certains experts. La CNA a soutenu qu'elle n'était tenue à prestations que pour les traitements et les soins médicaux à domicile. Selon elle, seule une analyse « soins par soins » permettait de coordonner les prestations en lien avec l'allocation pour impotent et d'éviter toute surindemnisation, laquelle ne pouvait concerner que des prestations de même nature et visant un même but. Elle s'est prévaluée de la recommandation n° 7/90 de la Commission ad hoc sinistres LAA pour l'aide et les soins à domicile (dans sa version du 23 juin 2017), selon laquelle en cas de droit à une allocation pour impotent, la

personne assurée n'avait droit à aucune participation de l'assureur pour les actes de base de la vie quotidienne. Elle s'est par ailleurs référée au catalogue exhaustif des examens et traitements de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, qui ne comprenait pas les soins de mobilisation ni des soins corporels.

Dans sa réplique du 21 mai 2019, le recourant a chiffré ses conclusions et sollicité, sous déduction des montants déjà versés, une participation aux soins de 16'165 fr. et 1'817 fr. 90 par mois pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 décembre 2018 pour les soins à domicile fournis respectivement par du personnel autorisé ou non autorisé, puis de 19'341 fr. et 1'817 fr. par mois à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019. Il a produit des fiches de salaire du personnel employé pour les veilles de nuit et l'évaluation effectuée par ParaHelp le 14 mars 2019. Il a expliqué que celle-ci avait combiné une discussion avec le personnel soignant et un chronométrage des soins par des professionnels de la santé, ce qui permettait d'avoir une idée très précise du besoin en soins, et a précisé qu'on devait pouvoir s'écarter des minutages standards proposés dans le système RAI-Home care. Il était difficile de chiffrer les soins liés à la respiration, qui variaient en fonction de son état de santé. Il a fait valoir qu'il faisait face à de nombreux frais liés à son invalidité, que l'allocation pour impotent ne suffisait pas à couvrir. Il a estimé que son allocation pour impotent ne devrait même pas être retranchée de la participation aux soins vu qu'il l'utilisait en lien avec son impotence dans son quotidien.

Dans son rapport du 14 mars 2019, ParaHelp arrivait à la conclusion que les besoins du recourant par semaine se montaient à 12.225 heures (par Z.\_\_\_\_\_) pour l'hygiène et le confort, à respectivement 6.88 heures par Z.\_\_\_\_\_ et 2.8 heures par la famille et le personnel privé pour la respiration, à respectivement 7.61 et 5.82 heures pour l'alimentation et les diètes, à respectivement 6.05 et 0.175 heures pour l'élimination, à respectivement 11.935 et 1.16 heures pour la mobilisation, à 6.02 heures (par Z.\_\_\_\_\_) pour les thérapies sur prescription médicale, à 2.08 heures (par Z.\_\_\_\_\_) pour les pansements

et le matériel, à 1.592 heures (par Z.\_\_\_\_\_) pour les mesures diagnostiques, à 4.121 heures (par Z.\_\_\_\_\_) et 112 heures (par la famille et le personnel privé) pour l'évaluation et la coordination et à 3.895 heures (par Z.\_\_\_\_\_) pour le ménage. En fonction des listes de l'art. 7 al. 2 OPAS, cela faisait un total de 0.538 heures par semaine pour la let. a, de 26.897 heures pour la let. b (soit 24.397 heures par Z.\_\_\_\_\_ et 2.8 heures par la famille et le personnel privé), de 31.53 heures par semaine pour la let. c (soit 24.375 heures par Z.\_\_\_\_\_ et 7.155 heures par la famille et le personnel privé) et de 125.098 heures par semaine de soins ne figurant pas dans les listes de l'OPAS (soit 13.098 heures par Z.\_\_\_\_\_ et 112 heures par la famille et le personnel privé), ce qui faisait un total de 184.363 heures par semaine.

Par duplique du 14 juin 2019, la CNA a estimé que le rapport d'évaluation de ParaHelp ne pouvait être suivi, qu'il tenait compte de prestations couvertes par l'allocation pour impotent, qu'il s'écartait sans raison de certains minutages annoncés et n'était pas complet ni aussi précis que l'évaluation de la FSCMA. Elle a pour le reste renvoyé à son argumentation.

Dans ses déterminations du 5 juillet 2019, le recourant a maintenu sa position, se référant au rapport de ParaHelp.

A la requête de la juge instructrice, la CNA a produit le 19 septembre 2019 la garantie de prise en charge qu'elle avait délivrée le 11 juin 2019 à Z.\_\_\_\_\_ Sàrl, à la suite de son adhésion à la convention tarifaire Spitex. Cette garantie porte sur les prestations dès le 1<sup>er</sup> mars 2019, pour un maximum de 2.21 heures par mois pour l'évaluation, les conseils et la coordination, soit 255 fr. 04, de 71.29 heures par mois pour les examens et traitements, soit 7'122 fr. 68, et de 54.09 heures par mois pour les soins de base, soit 4'868 fr. 84.

Par avis du 14 octobre 2020, la juge instructrice a donné aux parties la possibilité de se déterminer au regard des arrêts du Tribunal fédéral dans les causes 8C\_569/2019, 8C\_706/2019 et 8C\_678/2019

(désormais publiés respectivement aux ATF 147 V 16 ; 146 V 364 et 147 V 35).

Dans ses déterminations du 8 janvier 2021, la CNA a estimé que le rapport de la FSCMA était suffisamment détaillé, contrairement à l'affaire jugée par le Tribunal fédéral. Elle a relevé qu'il était probable que certaines prestations aient été versées à double, en particulier celles relatives à la veille de nuit lorsque l'assuré se trouvait hospitalisé.

Par courriers des 21 octobre 2020 et 2 février 2021, le recourant a considéré que le rapport de la FSCMA n'était pas conforme aux exigences posées par le Tribunal fédéral. Il a cité un arrêt du Tribunal cantonal du canton de Schwyz, qui avait admis que l'allocation pour impotent soit cumulée avec les prestations pour les soins de base non médicaux. Il a contesté que des prestations liées à la veille et à la garde de nuit aient été versées à double.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige («*Streitgegenstand*») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le montant de la participation de la CNA aux prestations de soins à domicile du recourant, en dehors de la prise en charge des veilles nocturnes actives.

Dans la décision sur opposition du 11 février 2019, la CNA a en effet annulé sa décision relative à la prise en charge des veilles nocturnes en vue de procéder à une instruction complémentaire, puis de rendre une nouvelle décision, ce qui n'a pas été contesté par le biais du présent recours. L'argumentation de la CNA relative à un probable versement à double des prestations relatives à la veille de nuit lorsque l'assuré se trouvait hospitalisé est dès lors sans rapport avec l'objet du litige.

**3. a)** Au titre des prestations dispensées par l'assurance-accidents, figurent les prestations pour soins et le remboursement des frais résultant de l'accident (art. 10 à 13 LAA). Parmi ces frais figure le droit à l'aide et aux soins à domicile (art. 10 al. 3 LAA).

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 OPAS). Une troisième forme de soins à domicile est constituée par l'aide non médicale, 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 148 V 28 consid. 2.4 ; 147 V 35 consid. 5.1.2 ; 147 V 16 consid. 8.2.2 ; 116 V 41 consid. 5a).

L'art. 7 al. 2 let. c OPAS définit les « soins de base ». Il s'agit d'une part des soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement, aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche, aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter (ch. 1) et, d'autre part, des mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité (ch. 2).

**b)** 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 (art. 10 al. 3 LAA, dans sa teneur en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, qui a remplacé dans la deuxième phrase la notion de « soins à domicile » par celle d' « aide et de soins à domicile » et a supprimé le passage final selon lequel le Conseil fédéral pouvait définir « la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts »).

Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 18 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) relatif aux soins à domicile, qui fait l'objet d'une nouvelle teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Selon l'art. 18 al. 1 OLAA (alinéa inchangé au 1<sup>er</sup> 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 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). Alors que l'al. 2 de l'art. 18 OLAA, dans sa teneur en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017, disposait que l'assureur pouvait, à titre exceptionnel, participer aux frais résultant des soins à domicile donnés par une personne non autorisée, il prévoit désormais que l'assureur participe aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée (let. a), et aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA (let. b).

La condition selon laquelle les soins médicaux doivent avoir été prescrits ne doit 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 (ATF 147 V 35 consid. 5.2.1.1 ; 116 V 41 consid. 5c).

**c)** L'art. 18 OLAA distingue la contribution de l'assureur-accidents selon qu'il s'agit de soins médicaux dispensés ou non par une personne autorisée, ou alors de soins non médicaux.

**aa)** 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. 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 (ATF 147 V 35 consid. 5.2.1.2 ; 147 V 16 consid. 9.3).

**bb)** 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 à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée (ATF 147 V 35 consid. 5.2.2). 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. 5.2.2.2 et 7.6).

**cc)** L'assureur a désormais l'obligation de participer à une troisième catégorie de soins (cf. *supra* consid. 3a) : l'aide non médicale à domicile (art. 18 al. 2 let. b OLAA), à condition qu'elle ne soit pas couverte par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA. Ces soins peuvent être dispensés aussi bien par une personne ou une organisation autorisée au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA que par une personne ou une organisation non autorisée au sens de l'art. 18 al. 2 let. a OLAA (ATF 147 V 35 consid. 5.2.3.1). L'assureur ne doit toutefois 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. 5.2.3.3 et les références).

Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur l'articulation entre la contribution aux soins non médicaux et l'allocation pour impotent dans l'ATF 148 V 28, constatant que ces prestations se recoupent et se complètent en partie (consid. 6.4.2). Lors de la fixation de la contribution pour les soins non médicaux à domicile selon l'art. 18 al. 2 let. b OLAA, l'allocation pour impotent doit être prise en compte dans l'évaluation du droit à la prestation. Il ne s'agit toutefois pas d'examiner si une aide

concrète peut être attribuée à un acte ordinaire de la vie, afin de l'exclure directement d'une indemnisation par une contribution de l'assureur-accidents. Il convient au contraire de tenir compte du temps nécessaire à l'ensemble des besoins en prestations d'assistance non médicales (y compris le besoin particulier de surveillance et l'assistance dans les actes ordinaires de la vie, pour autant qu'elle ne soit pas exclue localement et spatialement de l'art. 18 OLAA qui concerne « l'aide à domicile »), partant de la rémunération de ces prestations, de procéder au calcul de l'indemnisation à accorder à ce titre, puis de déduire le montant de l'allocation pour impotent, diminué d'une quote-part de 15 % relative à l'acte ordinaire de la vie quotidienne « se déplacer en dehors de la maison » et de son environnement proche, lequel sort du cadre de l'art. 18 OLAA. Autrement dit, l'allocation pour impotent est déduite à concurrence de 85 % de l'indemnité calculée selon l'art. 18 al. 2 let. b OLAA (ATF 148 V 28 consid. 6.5.2).

**d)** A l'instar des principes développés en matière d'allocation pour impotent, une coopération étroite et complémentaire entre le médecin et l'administration est nécessaire pour déterminer les besoins en matière d'aide et de soins à domicile. Le premier doit indiquer dans quelle mesure les fonctions physiques ou mentales de la personne assurée sont limitées par l'affection. L'assureur peut procéder à d'autres clarifications sur place, de sorte qu'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 ; 133 V 450 consid. 11.1.1).

**e)** Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; voir en matière de droit à la rente ATF 147 V 167 consid. 4.1).

**4. a)** Le présent litige s'inscrit dans le contexte de la demande de révision des prestations pour soins de la CNA, déposée par le recourant le 21 mars 2018. Il s'agit en effet d'une prestation durable, à vie en l'occurrence, qui peut faire l'objet d'une révision en application de l'art. 17 al. 2 LPGA (ATF 144 V 418 consid. 3.3.1). Il y a par conséquent lieu d'examiner l'évolution de la situation du recourant depuis la décision du 3 mai 2016, par laquelle la CNA a annoncé qu'elle participerait, dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, à hauteur de 7'223 fr. 14 par mois aux soins à domicile prescrits par un médecin et donnés par une personne autorisée et à hauteur de 60 fr. 83 pour les soins à domicile donnés par une personne non autorisée.

**b)** C'est à juste titre que la CNA a fait application du nouveau droit relatif aux soins à domicile. Le Tribunal fédéral a en effet précisé que l'art. 18 al. 2 OLAA, révisé au 1<sup>er</sup> janvier 2017, s'applique avec effet *ex nunc* et *pro futuro* aux accidents survenus avant la modification de la législation (ATF 146 V 364 consid. 9.5).

**c)** A titre préliminaire, il convient de mentionner qu'il n'apparaît pas nécessaire de donner suite à la requête du recourant tendant à solliciter une prise de position de la part de l'OFAS [recte : l'OFSP] dans le cas présent, la situation de fait et de droit ne justifiant pas une telle démarche en l'occurrence.

**5. a)** Afin de déterminer le besoin en soins à domicile du recourant, la CNA a mandaté la FSCMA en vue d'effectuer une enquête à domicile. Le recourant émet diverses critiques formelles à l'encontre de la valeur probante de l'enquête réalisée, en particulier s'agissant de l'indépendance de la FSCMA, des compétences de l'enquêtrice et de la méthodologie utilisée.

**b)** Contrairement à ce que soutient le recourant, le seul fait que la FSCMA est régulièrement mandatée par les assureurs sociaux ne permet pas de douter de l'indépendance et l'impartialité de ses avis. Comme le relève à juste titre l'intimée, la jurisprudence rendue en lien avec les experts médicaux peut en effet être transposée à la FSCMA. Ainsi, le fait qu'un expert ou une institution sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre de mandats confiés, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert ou de l'institution (ATF 148 V 225 consid. 3.5 ; 137 V 210 consid. 1.3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs reconnu explicitement la neutralité des avis de la FSCMA (TFA I 105/05 du 29 juin 2005 consid. 3 et les références). La critique - abstraite - de partialité de l'organisme dont l'enquêtrice dépend est ainsi infondée, en l'absence d'indices concrets de parti pris en l'espèce.

A cet égard, on ne saurait, comme le soutient le recourant, conclure à un manque d'indépendance de la FSCMA au motif que l'enquêtrice se serait cantonnée à évaluer certains domaines de soins seulement. Il s'agit en réalité d'un grief qui concerne l'étendue de

l'évaluation des soins au regard de la nouvelle teneur de l'art. 18 OLAA et qui sera par conséquent examiné ci-après (cf. consid. 6b/aa).

**c)** Le recourant estime que la collaboratrice de la FSCMA qui a procédé à l'enquête n'avait pas les compétences nécessaires à cet effet, faute de disposer de connaissances spécifiques en matière de tétraplégie.

Il ressort de la décision sur opposition que l'enquêtrice dispose d'un diplôme d'infirmière et des connaissances acquises auprès de la FSCMA. Elle présente dès lors les qualifications professionnelles nécessaires pour évaluer les besoins concrets en soins individuels (ATF 147 V 16 consid. 7.4.2 ; TF 8C\_591/2020 du 3 février 2021 consid. 3.3.2.3). On ne voit par ailleurs pas, et le recourant n'explicite pas son propos, pour quelle raison les compétences de l'enquêtrice ne seraient pas suffisantes pour évaluer les besoins en soins d'une personne tétraplégique.

Par surcroît, comme le relève la CNA, c'est la même enquêtrice qui avait procédé aux enquêtes à domicile en 2015, puis établi le rapport pour l'allocation pour impotent et celui sur le déroulement de la journée (cf. rapports des 16 décembre 2015). Or c'est précisément sur ce second rapport que s'était basée l'intimée pour calculer sa participation aux soins à domicile dans sa décision du 3 mai 2016, qui n'a pas été contestée. Il est ainsi surprenant que le recourant émette dorénavant une critique concernant les compétences de l'enquêtrice, dont l'expérience n'a pu que s'enrichir avec les années auprès de la FSCMA.

**d)** En ce qui concerne la méthodologie utilisée, il faut tout d'abord relever que la loi, notamment l'art. 43 LPGa, ne prescrit aucune méthode spécifique, aucune procédure précise et détaillée, ni aucun standard pour évaluer les besoins individuels et concrets en soins à domicile. Pour cela, il faudrait une prescription normative, qui ne saurait être créée par la jurisprudence, mais requiert l'intervention du législateur (ATF 147 V 16 consid. 7.4.1).

Dans sa réplique, le recourant fait valoir qu'on doit pouvoir s'écarter des minutages standards proposés dans le système RAI-Home care. On ignore cependant si l'enquêtrice s'est effectivement référée à certaines valeurs retenues dans cet outil d'évaluation, par exemple pour réduire le temps nécessaire à certains soins par rapport au minutage annoncé. Elle ne le précise pas dans le rapport contesté et la CNA n'en fait pas mention non plus. Quoiqu'il en soit, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que le « Manuel d'application de la méthode RAI-Home care pour les services à domicile en Suisse » (Resident Assessment Instrument - Homecare) regroupe des recommandations dans le domaine des soins à domicile établies par des particuliers qui n'ont aucun caractère normatif et ne lient pas le juge. Ce dernier peut, mais n'est aucunement tenu de s'en inspirer (ATF 147 V 16 consid. 7.2 ; 136 V 172 consid. 4.3.3). De même, la CNA n'est pas tenue de se baser sur les instruments d'évaluation des besoins RAI-Home care, mais peut s'y référer dans le cadre de l'art. 18 OLAA si cela permet de trouver une solution adaptée et équitable au cas d'espèce (ATF 147 V 16 consid. 7.2 ; TF 8C\_1037/2012 du 12 juillet 2013 consid. 5.2.4 ; cf. également TF 8C\_94/2021 du 27 octobre 2021 consid. 6.2). La méthode d'évaluation du besoin en soins à domicile utilisée par la CNA ne saurait par conséquent être d'emblée jugée inadéquate, même dans l'hypothèse où l'enquêtrice se serait référée au système RAI-Home care.

Quant au chronométrage des soins effectivement prodigués, celui-ci peut s'avérer utile dans certains cas, mais dépend fortement de la personne qui procède aux soins puisqu'un soignant qui travaille avec habileté et routine se situe en dessous de valeurs standards, alors qu'un soignant qui travaille un peu plus lentement ou qui apprend met plus de temps pour effectuer la même tâche (TF 8C\_1037/2012 précité consid. 5.2.3).

Il convient donc, dans chaque cas d'espèce, d'examiner si la ou les méthodes utilisées permettent d'établir de manière suffisamment fiable le besoin en soins à domicile (voir à ce sujet ATF 147 V 16 consid. 7.4.2).

**6. a)** En l'occurrence, deux évaluations différentes des besoins en soins à domicile du recourant ont été faites et doivent être examinées. La première a été établie par la FSCMA le 26 avril 2018, sur mandat de la CNA, et la seconde a été réalisée par ParaHelp le 22 février 2019 à l'initiative du recourant.

**b)** S'agissant de l'enquête effectuée par la FSCMA, le recourant reproche à la CNA de s'être basée sur une évaluation des besoins en soins lacunaire – certains soins non médicaux ayant été ignorés – et partiellement erronée, d'avoir retranché l'allocation pour impotent d'une manière arbitraire et d'avoir mal qualifié certains soins.

**aa)** L'évaluation des soins à domicile doit porter non seulement sur les soins médicaux, mais également sur les soins non médicaux, auxquels l'assureur accidents est tenu de participer selon l'art. 18 al. 2 let. b OLAA.

Il est sur ce point surprenant que, dans ses écritures, la CNA soutienne de manière erronée qu'elle n'est tenue à prestations que pour les traitements et les soins médicaux à domicile. Cette position n'est d'ailleurs pas cohérente avec la décision attaquée, qui inclut une participation à des soins qualifiés de non médicaux. L'intimée aboutit à cette position en se fondant sur la jurisprudence rendue sous l'ancien droit (ATF 116 V 41 consid. 5c), qui prévoyait une obligation de fournir des prestations uniquement pour les traitements médicaux à domicile. Or, comme mentionné ci-dessus (consid. 4b) et reconnu par l'intimée dans la décision sur opposition querellée, il convient d'appliquer en l'occurrence le nouveau droit, lequel prévoit une participation de l'assureur-accidents aux soins non médicaux également, pour autant qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent (art. 18 al. 2 let. b OLAA ; cf. également ATF 147 V 35 consid. 5.2.3.1).

Il convient non seulement de tenir compte des soins non médicaux, mais également de les évaluer dans leur totalité. Dans l'ATF

148 V 28, le Tribunal fédéral a écarté une analyse « soins par soins », comme défendu dans le cas présent par la CNA dans sa réponse, qui aurait pour but d'exclure tous les soins concernés par l'allocation pour impotent d'une contribution aux soins de l'assureur-accidents. Le Tribunal fédéral a, au contraire, jugé qu'il convenait d'évaluer l'ensemble des soins non médicaux à domicile, y compris ceux qui se rapportent à l'allocation pour impotent, et d'ensuite déduire de la participation aux soins ainsi calculée 85 % du montant de l'allocation pour impotent grave (cf. consid. 3b/cc *supra*). Or, en l'occurrence il sied de constater que l'évaluation faite par la FSCMA mentionne divers postes de soins non médicaux, mais qu'elle n'a pas évalués de manière temporelle au motif qu'ils étaient en lien avec l'allocation pour impotent. L'évaluation de la FSCMA ne permet ainsi pas de calculer la participation due par la CNA pour les soins non médicaux à domicile au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA.

**bb)** Le recourant reproche notamment à l'enquêtrice de s'être arrogé le droit de réduire le minutage indiqué lors de l'entretien sur la base de sa propre perception et sans raison. Il faut en effet constater que l'enquêtrice s'est écartée à plusieurs reprises des minutages annoncés, parfois dans une très grande mesure. Elle a ainsi notamment limité le temps nécessaire aux installations dans le fauteuil et dans le lit à 12 minutes par jour (1min. 2x par jour + 5min. + 5min.) au lieu des 80 minutes annoncées (20min. 2x par jour + 20min. + 20min.). L'enquêtrice n'apporte toutefois aucune explication aux réductions de temps auxquelles elle a procédé, si ce n'est que le temps annoncé lui « paraît trop long » ou « n'est pas justifié à [s]on avis ». Cette manière de faire se révèle arbitraire et ne saurait mener à des résultats probants. Il appartenait à l'enquêtrice de discuter des durées litigieuses avec le personnel soignant et/ou la famille – au demeurant représentés lors de cette évaluation –, de noter les explications données ainsi que les raisons pour lesquelles elle s'écarterait néanmoins du temps annoncé. En cas de désaccord sur la durée nécessaire, il serait aussi possible de procéder à une vérification chronométrée de l'acte en question, comme le propose le recourant dans son recours.

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a précisé qu'une enquête qui aboutit à une réduction du temps nécessaire pour effectuer certains actes (médicaux) à leur seule composante technique ne peut pas, sur ce point, servir de base pour le calcul des prestations (ATF 147 V 35 consid. 8.4). Il semble que tel soit le cas en l'occurrence de la réduction opérée en lien avec la stimulation électrique des muscles - catégorisée comme soin non médical - pour laquelle l'enquêtrice a retenu 6 minutes « pour appliquer les pads aux parties musculaires mentionnées » au lieu des 20 minutes annoncées par le personnel soignant pour cette prophylaxie.

**cc)** C'est en outre à juste titre que le recourant critique la classification opérée par l'enquêtrice de la FSCMA. On ne saurait, comme le soutient l'intimée, s'en tenir uniquement aux listes de l'art. 7 al. 2 let. b et c OPAS pour qualifier les actes de médicaux ou de non médicaux. La jurisprudence reconnaît en effet que l'indication médicale peut être admise pour les soins de traitement, mais aussi pour une partie des soins de base (ATF 147 V 16 consid. 8.3.1). Tel est notamment le cas de la prophylaxie des escarres (TF 8C\_94/2021 précité consid. 6.2), de la mise en place et du retrait de l'étui pénien (TF 8C\_1037/2012 précité consid. 7.1), ainsi que de la mobilisation et du positionnement d'une personne tétraplégique avant le coucher et pendant la nuit (ATF 147 V 16 consid. 8.3.3). De manière générale, la mobilisation d'une personne tétraplégique correspond à un soin médical au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA si elle est médicalement indiquée (ATF 147 V 35 consid. 9.2.1). Cela concerne également la mobilisation sur le lit verticalisateur : tant la surveillance de l'assuré lors de l'entraînement que le transfert de l'assuré du lit ou du fauteuil roulant sur le lit verticalisateur, et vice-versa, sont des prestations médicales au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA (TF 8C\_1037/2012 précité consid. 7.3.2).

Il ressort du rapport d'enquête de la FSCMA que les soins précités ont été considérés comme des soins de base et ont dès lors été rémunérés à un tarif moins élevé que s'ils avaient été qualifiés de soins médicaux. En outre, le rapport n'a pas pris en compte le temps nécessaire aux transferts sur le lit verticalisateur ni à l'assistance pendant le training

au motif, erroné, qu'ils seraient couverts par l'allocation pour impotent. Pour ces raisons également, le rapport d'enquête de la FSCMA ne saurait servir de base fiable à l'évaluation du besoin en soins à domicile du recourant.

**dd)** Enfin, certains points du rapport d'évaluation de la FSCMA demandent des éclaircissements.

Le soin des ongles est en principe typiquement un soin corporel non médical au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA, sans qu'il n'entre toutefois dans les soins couverts par l'allocation pour impotent (ATF 147 V 35 consid. 9.2.3). Tel est également le cas de la mise en place des bas de contention (ATF 147 V 35 consid. 9.2.2). Il peut néanmoins s'agir d'actes médicalement indiqués si leur exécution professionnelle et irréprochable est décisive pour le maintien de l'état de santé et qu'à l'inverse, si ces mesures ne sont pas effectuées de la manière recommandée par le médecin, le risque de troubles de la santé augmente inévitablement de manière considérable (ATF 147 V 16 consid. 8.2.4.1). Le présent rapport d'évaluation ne permet pas de savoir si c'est le cas en l'occurrence.

Pour les soins médicaux, il convient non seulement de tenir compte de l'acte médical technique, mais également des opérations accessoires indissociables à cet acte (ATF 147 V 35 consid. 8.4). On ne saurait pour autant, comme le fait valoir le recourant, assimiler à des soins médicaux l'ensemble des soins corporels relatifs à l'hygiène qui lui sont prodigués. L'on peut en revanche se demander si le soin spécial pour les yeux effectué le matin consiste en une opération accessoire à l'instillation du collyre, comme reconnu par la CNA au titre de soin médical. Il conviendrait donc de déterminer si ce soin est un préalable indispensable à l'administration du collyre, afin de pouvoir le classer à bon escient.

**c)** Quant au rapport de ParaHelp, établi à l'initiative du recourant, il ne permet pas non plus d'évaluer de manière fiable le besoin en soins à domicile du recourant en raison des incohérences qu'il contient.

Celui-ci arrive à la conclusion d'un besoin total en soins de 184.363 heures par semaine alors qu'une semaine compte seulement 168 heures. Non seulement cela signifierait un besoin continu de soins à domicile tout au long de la semaine, jour et nuit sans interruption pendant le sommeil, et qu'il y aurait, en outre, encore 16.363 heures par semaine pendant lesquelles la présence d'une deuxième personne simultanée serait indispensable, étant précisé que selon le rapport, le seul acte nécessitant deux personnes simultanément est le lever/coucher sans élévateur, qui est estimé à 1.16 heure par semaine. Cela suffit à retenir que l'évaluation faite par ParaHelp ne saurait être considérée comme probante.

**d)** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

**7.** **a)** Il convient encore d'examiner le *dies a quo* des effets de la révision. Dans sa décision du 18 juillet 2018, la CNA a fait partir la contribution aux soins nouvellement calculée à partir du 1<sup>er</sup> mai 2018. Le recourant considère que la contribution modifiée doit déjà lui être versée à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017, date à laquelle son état s'est fortement péjoré (cf. réplique).

**b)** Dans l'ATF 133 V 57 consid. 6.8, le Tribunal fédéral a laissé ouvert le point de savoir si des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA ne peuvent être adaptées qu'avec effet pour l'avenir, bien que le libellé de la disposition ne le mentionne pas explicitement, contrairement à l'art. 17 al. 1 LPGA, qui s'applique aux rentes d'invalidité. Une partie de la doctrine considère que tel est le cas (cf. auteurs cités dans l'ATF précité), notamment du fait qu'un effet rétroactif devrait être expressément prévu par la loi ou son ordonnance d'exécution (comme c'est par exemple le cas à l'art. 88bis al. 2 let. b RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-

Szeless in Commentaire de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Dupont/Moser-Szeless [éd.], n° 44 ad art. 17 LPGA).

On constate qu'en l'occurrence, la CNA n'a pas modifié la contribution à partir de la demande de révision, déposée le 21 mars 2018. Elle a fait partir les effets de sa nouvelle décision au 1<sup>er</sup> mai 2018, probablement en raison du fait que l'enquête à domicile de la FSCMA a été réalisée le 26 avril 2018. Rien cependant ne justifie de reporter le *dies a quo* de la modification de la situation que le recourant fait valoir à l'issue de la phase d'instruction et non déjà à partir du dépôt de sa demande de révision. Cette manière de faire reviendrait en effet à faire dépendre l'adaptation des prestations à la durée, aléatoire, de la procédure d'instruction, ce qui n'apparaît pas justifié. En cas de changement avéré du besoin en soins, il convient plutôt, à l'instar du système applicable pour les prestations durables en matière d'assurance-invalidité (art. 88bis al. 1 let. a RAI ) et d'assurance-vieillesse (art. 66bis al. 2 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]), d'adapter la contribution pour soins dès le mois où la demande de révision est présentée, à savoir dès mars 2018 en l'occurrence, sous réserve toutefois des périodes d'hospitalisation (ATF 148 V 28 consid. 2.4).

**8. a)** Le recours est par conséquent admis. La décision sur opposition du 11 février 2019 est annulée en ce qui concerne la participation aux prestations de soins à domicile en dehors de la prise en charge des veilles nocturnes actives, la cause est renvoyée à l'intimée pour nouvelle évaluation du besoin en soins à domicile du recourant, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Il appartiendra à la CNA de tenir compte des tarifs applicables aux soins en fonction des périodes considérées.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA).

**c)** Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations intermédiaire produite par Me Agnès von Beust le 6 août 2019 ne peut pas être intégralement suivie dès lors que la mandataire représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative et au vu du tarif horaire sur lequel elle se fonde. Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 février 2019 est annulée, la cause étant renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à F.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Sandra Rodriguez (pour F. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :