

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Syndicat UNIA Région Vaud, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 10 al. 3 LAA ; 18 al. 2 let. b OLAA ; 7 al. 2 OPAS

E n f a i t :

A. **a)** C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de chauffeur pour le compte de la société L. _____ SA, à [...] ([...]), et était à ce titre assuré de manière obligatoire contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 21 août 2020, il a été victime d'une chute de sa hauteur, se luxant l'épaule droite. Le travail a été interrompu depuis cet événement.

Le diagnostic initial de luxation de la glène humérale antérieure droite a été posé, sans fracture associée. L'assuré a subi une réduction de l'épaule droite à la H. _____ de [...]. Un gilet orthopédique a été mis en place et de la physiothérapie a été effectuée (rapport initial LAA enregistré au dossier le 17 septembre 2020 ; rapport de radiographies de l'épaule droite [face et near] du 21 août 2020 ; ordonnance de physiothérapie du 21 août 2020).

La CNA a pris en charge le cas.

En raison de la persistance des douleurs de l'épaule droite et d'un retard de la rééducation, l'assuré a consulté en date du 16 septembre 2020 le Dr R. _____, médecin praticien, lequel a constaté que la mobilisation de l'épaule droite était quasi impossible, même en passif. Un examen arthro-IRM du 25 septembre 2020 a mis en évidence une déchirure complète du tendon du muscle supra-épineux, une désinsertion du tendon du muscle sous-scapulaire et une déchirure des deux tiers du muscle infra-épineux. Le Dr R. _____ a préconisé une intervention chirurgicale (rapport du 29 septembre 2020 adressé à la CNA).

Du 2 au 6 novembre 2020, l'assuré a séjourné à la V. _____ où il a été opéré le 2 novembre 2020 et a bénéficié d'une arthroscopie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite réalisée par le Dr R. _____. Les suites opératoires étaient qualifiées de simples, la mobilisation de l'épaule droite sous protection algique du cath-scalène avec limitation en rotation

externe avait débuté, les exercices à domicile avaient été enseignés, l'ablation des sutures strips était prévue à dix jours post opératoire et une poursuite de la physiothérapie avait été prescrite (protocole opératoire du 2 novembre 2020 et rapport de sortie du 6 novembre 2020 du Dr R._____).

b) Le 20 novembre 2020, C._____ a requis de la CNA une participation aux soins non médicaux à domicile. Il a fait valoir être tributaire de l'aide de son épouse, notamment pour les soins d'hygiène, l'habillage, la préparation des repas et ses déplacements.

Par lettre du 23 novembre 2020 adressée à l'assuré, la CNA l'a informé qu'elle n'entrait pas en matière pour l'aide extra-médicale (telle que la tenue du ménage, l'approvisionnement, le repassage, la préparation de repas, etc.). Elle pouvait, en revanche, intervenir pour les frais de déplacement et rappelait que le remboursement portait sur le moyen de transport le plus adéquat et économique pour se rendre au lieu de traitement le plus proche. S'agissant des autres gestes de base quotidiens (s'habiller/se dévêtir, traitement d'aide aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche), la CNA invitait l'assuré à lui faire parvenir une prescription de son médecin traitant, mentionnant les soins de base nécessaires au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Elle a indiqué qu'elle procéderait à l'évaluation du droit aux prestations d'assurance sur la base d'un tel document.

Le 4 décembre 2020, le Dr R._____ a rédigé un certificat médical en ces termes :

"Je soussigné déclare que Monsieur C._____, né le [...] a été victime d'un accident le 21.08.2020. Suite à cet accident, le patient a le bras immobilisé dans un gilet. Par conséquent, Monsieur C._____ a besoin d'aide pour les gestes simples du quotidien (s'habiller, se dévêtir, faire sa toilette,...)."

Selon une notice d'un entretien téléphonique du 18 décembre 2020 entre un collaborateur de la CNA et l'épouse de l'assuré, l'intimée a demandé la production d'un courrier stipulant à la minute les prestations

fournies à ce jour ainsi qu'une prescription détaillée du Dr R. _____ indiquant à la minute le détail des gestes quotidiens pour lesquels l'intéressé avait besoin de l'aide de son épouse.

Le 6 janvier 2021, l'intimée a informé l'assuré de ce que seuls étaient pris en charge les frais de déplacement pour se rendre au cabinet de physiothérapie le plus proche de son domicile, soit à [...].

Par courrier du 7 janvier 2021 à la CNA, l'assuré a réitéré sa demande d'une participation aux soins non médicaux. Il a indiqué avoir, après son accident du 21 août 2020, perdu une partie de la mobilité (côté droit) et dû porter un gilet jour et nuit. Droitier, il a rappelé avoir eu quotidiennement besoin depuis lors de l'aide de sa femme, de façon permanente, dans certains actes élémentaires de la vie. Concernant les frais de déplacement au lieu de traitement de physiothérapie, il a fait part de son désaccord à l'égard de la CNA qui ne lui remboursait pas le coût des trajets effectués avec le concours de son épouse du domicile à [...] (VD), mais uniquement ceux effectués entre le domicile et [...].

Le 19 janvier 2021, la CNA a informé l'assuré prendre note de la teneur de sa correspondance du 7 janvier 2021, à savoir son besoin d'une aide non médicale pour accomplir certains actes ordinaires de la vie. Dans ce contexte, la CNA a réitéré sa demande de fourniture du détail de l'aide non médicale apportée indiquant par jour calendaire les actes ordinaires ayant nécessité une aide ainsi que le temps consacré pour chaque acte. S'agissant des frais de déplacement dans le cadre du traitement médical, notamment pour permettre à l'assuré de se rendre à ses séances de physiothérapie, la CNA a exceptionnellement accédé à la demande d'indemnisation des frais kilométriques du domicile au cabinet de physiothérapie à [...].

Le 24 janvier 2021, l'épouse de l'assuré a adressé à la CNA un décompte, établi par elle, comprenant le minutage de l'aide apportée pour les gestes élémentaires de la vie ainsi que pour le temps consacré au déplacement et à l'attente inhérents aux séances de physiothérapie.

Lors d'un entretien du 4 février 2021 avec un collaborateur de la CNA Lausanne, l'assuré a notamment déclaré effectuer des séances de physiothérapie passive, à raison de deux fois par semaine, à [...]. Il portait le gilet à l'extérieur de la maison et la nuit pour dormir. Quand il était tranquille à la maison, il le retirait. Les mouvements étaient alors très difficiles, et malgré la prise de médicaments, les douleurs étaient encore très présentes.

Par décision du 18 mars 2021, la CNA a refusé de servir les prestations requises par l'assuré au titre de l'aide non médicale prodiguée par son épouse, au motif que les séquelles de l'accident à l'épaule droite n'étaient pas de nature à entraver, voire empêcher, les actes de la vie ordinaire. Par ailleurs, l'obligation de réduire le dommage ainsi que le fait que les tâches ménagères ne faisaient pas partie des prestations de l'assurance-accidents ont été rappelés à l'intéressé qui était invité à s'adresser, cas échéant, à sa caisse-maladie.

Le 22 mars 2021, l'assuré s'est opposé à la décision précitée en indiquant qu'il ne pouvait même pas manger sans l'aide de sa femme. Le 19 avril 2021, désormais assisté par Unia Vaud, il a complété son opposition. Sur la base des pièces au dossier, en particulier du certificat médical du 4 décembre 2020 du Dr R._____, il a fait valoir qu'il avait besoin de soins non médicaux à domicile en raison des séquelles de l'accident du 21 août 2020 qui, à ses dires, entravaient, voire empêchaient, l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Se référant au décompte du 24 janvier 2021, il rappelait que son épouse devait l'aider chaque jour pour les gestes quotidiens suivants : « douche, habillage, préparation du petit déjeuner, schéma WC, préparation du repas de midi et du soir et mise en assiette prête pour la mise en bouche, déshabillage, déplacements à l'extérieur pour les séances de physiothérapie et attente pendant les séances ». Il demandait l'annulation de la décision de la CNA ainsi qu'une indemnisation en faveur de sa femme, en se référant à la liste des tâches quotidiennes et au temps consacré à chaque tâche selon le courrier transmis le 24 janvier 2021, sur

la base du tarif horaire fixé dans le tableau « 1 LSE actualisé (T1 skill level), position 86-88 ».

Le 5 mai 2021, la CNA a enregistré au dossier un certificat du 7 avril 2021 adressé au Dr B._____, médecin traitant, par le Dr R._____, lequel mentionnait une évolution lentement favorable et rapportait que lors du dernier contrôle, la mobilité de l'épaule droite en flexion active était de 110°, de 130° en passif, l'abduction active était à 70° et passive à presque 90°, la rotation interne du membre supérieur droit étant à S2. L'arrêt de travail tout comme la physiothérapie étaient maintenus.

Du 30 juin au 27 juillet 2021, l'assuré a séjourné au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la [...]. Le rapport de sortie du 5 août 2021 signé par les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et M._____, médecin-assistant, retenait le diagnostic principal de traumatisme de l'épaule droite avec luxation gléno-humérale antérieure (RX) et atteinte massive de la coiffe avec déchirure complète du tendon du supra-épineux sans rétraction majeure, déchirure transfixiante distale du tendon du sous-scapulaire, déchirure des 2/3 supéro-externes du tendon de l'infra-épineux, tendinopathie fissuraire de la portion intra-articulaire du LCB [long chef du biceps] ; diminution modérée de la trophicité des différents corps musculaire[s] de la coiffe avec dégénérescence graisseuse de grade Goutallier II ; arthrose acromioclaviculaire décompensée. La stabilisation était attendue dans un délai de deux à trois mois après le terme du séjour sous réserve d'une réévaluation médicale à cette échéance. En l'état, les limitations fonctionnelles provisoirement retenues consistaient, pour le membre supérieur droit, en l'abstention de port de charges répété sol-taille de plus de 15-25 kg, de travail prolongé au-dessus du plan des épaules et d'activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés en porte-à-faux prolongé, ainsi que pour le poignet droit, en l'abstention de toute activité de force avec la main droite. Dans un rapport de consultation orthopédique du 20 juillet 2021, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé, qu'à neuf mois de

l'intervention, l'assuré présentait peu de douleurs de repos mais à l'utilisation et surtout en abduction.

Le 26 août 2021, le Dr R. _____ a fait part à la CNA d'une évolution favorable, l'assuré présentant moins de douleurs, surtout la nuit, et la mobilité s'améliorant. Il convenait de poursuivre la physiothérapie. Ce médecin envisageait une reprise progressive à mi-temps depuis le mois d'octobre 2021 dans l'emploi habituel de l'assuré.

Par décision sur opposition du 9 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. S'agissant de l'accompagnement de l'intéressé aux thérapies, l'atteinte orthopédique (l'articulation scapulaire droite pouvant, lors de déplacements, être protégée par le port d'un gilet orthopédique) ne justifiait pas la présence constante de sa femme à ses côtés. De surcroît, le port de son gilet, pouvant restreindre l'usage d'une main, n'était pas permanent. En lien avec l'obligation de réduire le dommage, l'assuré était tenu d'enlever son gilet pour pouvoir mobiliser sa main droite, non blessée par la chute du 21 août 2020, et bénéficier ainsi d'une autonomie pour la plupart des actes de la vie courante. Également dans le cadre de la diminution du dommage vis-à-vis de l'assurance, il était exigible de l'intéressé de couper un morceau de viande, de porter des vêtements adaptés au handicap, et d'utiliser des objets idoines pour faire sa toilette. L'aide apportée par l'épouse était d'ailleurs non seulement ponctuelle, mais également limitée dans le temps compte tenu de l'hospitalisation à la V. _____, du 2 au 6 novembre 2020, puis du séjour à la CRR, du 30 juin au 27 juillet 2021. Or, à la sortie de l'assuré de la V. _____, des auto-exercices avaient été prescrits, ce qui sous-entendait qu'il était appelé à solliciter son membre supérieur droit, alors qu'à son entrée à la CRR, il n'y avait pas de signe d'exclusion du membre supérieur droit, avec notamment la possibilité d'effectuer un déshabillage de manière fluide. En particulier, lors de la consultation d'orthopédie du 20 juillet 2021, le Dr T. _____ avait relevé qu'il y avait peu de limitations dans les activités quotidiennes. De surcroît, le 4 décembre 2020, le Dr R. _____ avait délivré un simple certificat et non une ordonnance prescrivant des soins à domicile au sens de l'OPAS. Si

l'épouse s'était substituée au Dr R._____ pour décompter les soins non médicaux prodigués, le temps prétendument investi (le matin, trente minutes pour la douche et l'habillage, dix minutes pour le schéma WC ; le soir, dix minutes pour dévêtir et vêtir) s'avérait toutefois sans commune mesure avec le temps qui devrait être consacré à une personne ayant subi une atteinte à l'épaule. A cet égard, dans le respect du principe de l'égalité de traitement entre les assurés, la CNA ne pouvait allouer un niveau de prestations équivalent à un assuré présentant des lésions à l'épaule ou atteint de tétraplégie.

B. Par acte du 6 décembre 2021 (timbre postal), C._____, représenté par le Syndicat UNIA Région Vaud, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au versement par la CNA d'une participation sur la base de la liste des tâches quotidiennes et du temps consacré à chacune d'entre elles, fournie par courrier du 24 janvier 2021, au tarif horaire fixé dans le tableau 1 LSE actualisé (T1 skill level), position 86-88, pour la période du 21 août 2020 au 8 mars 2021, subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il fait valoir que son bras droit a été immobilisé dans un gilet, alors qu'il est droitier, et que la nécessité des soins non médicaux prodigués à domicile par sa femme est attestée par le Dr R._____ dans son certificat du 4 décembre 2020. Il en déduit que les séquelles de son accident étaient de nature à entraver, voire à empêcher, l'accomplissement des actes de la vie ordinaire. Il rappelle que les soins prodigués par l'épouse, selon la liste fournie le 24 janvier 2021, vont au-delà de ce que l'on peut attendre d'un membre de la famille, dès lors que celle-ci devait chaque jour l'aider pour effectuer les actes quotidiens suivants : « douche, habillage, préparation du petit déjeuner, schéma WC, préparation du repas de midi et du soir et mise en assiette prête pour la mise en bouche, déshabillage, déplacements à l'extérieur pour les séances de physiothérapie et attente pendant les séances ». Il est par conséquent d'avis qu'une prise en charge de ces soins non médicaux apportés par son épouse incombe à la charge de la CNA (au sens de l'art. 18 al. 2 let. b

OLAA), sous réserve de l'imputation sur une allocation pour impotent éventuelle octroyée pour la même période à une date ultérieure, et ceci pour une durée de quatre mois en post opératoire, soit jusqu'au début du mois de mars 2021.

Dans sa réponse du 14 janvier 2022, la CNA conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition querellée. Elle relève que la tenue du ménage ou la préparation des repas ne doit pas être indemnisée dans le cadre de l'assurance-accidents, que l'assuré n'a pas subi d'atteintes aux membres inférieurs ou de lésion cérébrale et l'articulation de l'épaule a pu, en phase aiguë des troubles, être protégée par le port du gilet orthopédique, de sorte que le recourant ne peut faire valoir un défraiement pour les frais de déplacement aux séances de physiothérapie et d'attente pendant celles-ci. En ce qui concerne l'aide demandée pour l'habillement/le déshabillage, le « schéma WC » et les ablutions, le Dr R. _____ n'a pas établi une prescription en bonne et due forme mentionnant le détail des soins et le minutage de ceux-ci, nonobstant les requêtes des 18 décembre 2020 et 19 janvier 2021. L'épouse a en l'occurrence pris le relais de ce médecin pour décompter le temps prétendument investi pour les soins non médicaux. L'atteinte orthopédique se limite toutefois à l'épaule droite, de sorte que, selon la CNA, le temps comptabilisé s'avère manifestement excessif ; en particulier, l'assuré n'a pas souffert, des suites de sa chute, d'une incontinence anale et/ou urinaire, nécessitant des changements d'habits fréquents, des soins particuliers ou l'observation d'une hygiène spécifique après l'évacuation des selles et des urines. La CNA rappelle en outre que, dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage, l'intéressé se doit de porter des vêtements adaptés et utiliser des objets idoines pour faire sa toilette ; l'observation de telles mesures est propre à garantir l'autonomie et permet à l'assuré de se passer d'une aide dépassant ce qui est raisonnablement exigible de la part de l'épouse. Selon la CNA, une atteinte de la coiffe des rotateurs n'engendre objectivement pas une impotence totale du membre supérieur sur plusieurs semaines, voire mois. Elle relève que des exercices à domicile, tendant à mobiliser l'épaule droite, ont par ailleurs été enseignés déjà dans le décours de l'intervention

du 2 novembre 2020, la prescription d'une poursuite de la physiothérapie sous-entendant que l'usage du membre supérieur droite, à tout le moins de la main droite, était déjà possible auparavant et l'usage de la main gauche étant exigible dans l'accomplissement des tâches quotidiennes invoquées. Le respect du principe de l'égalité de traitement entre les assurés imposait de ne pas indemniser l'épouse du recourant dans la mesure requise le 24 janvier 2021.

Par réplique du 7 février 2022, le recourant a confirmé le contenu et les conclusions de son recours.

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. Le litige porte sur le droit à la prise en charge de soins non médicaux à domicile entre le 21 août 2020 et le 8 mars 2021 ainsi que sur le droit au défraiement du temps consacré à l'accompagnement du recourant à ses séances de physiothérapie.

3. a) Selon l'art. 10 al. 3 LAA, le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger; il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile.

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. Selon l'art. 18 al. 2 let. b OLAA, 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.

Les soins non médicaux consistent aussi bien en l'aide personnelle fournie à l'assuré 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 116 V 41 consid. 5a p. 47; cf. aussi arrêt U 188/02 du 14 mars 2003 consid. 2.2; HARDY LANDOLT, Unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung nach Inkrafttreten der Teilrevision, in: Pflegerecht - Pflegewissenschaft 2017 p. 130-139, spéc. p. 133 s. et 136 s.).

La Commission ad hoc sinistres LAA (dans laquelle plusieurs assureurs LAA privés, des caisses-maladie pratiquant l'assurance-accidents obligatoire ainsi que la CNA 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). Il convient cependant d'emblée 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 139 I 457 consid. 4.2 p. 460 s.; ATF 134 V 277 consid. 3.5 p. 283 et les références citées).

b) Les soins non médicaux à domicile 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 être fixée sur la base des coûts occasionnés par le recours à une personne rémunérée selon les conditions du marché du travail. La Commission ad hoc sinistres LAA propose de calculer le tarif horaire en se référant au tableau 1 LSE actualisé (T1 skill level), position 86-88 (santé et affaires sociales, niveau de compétences 1 (Recommandation N° 7/90 précitée, ch. 2.3). Dans la mesure où 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 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 références citées).

c) L'obligation de réduire le dommage ne figure pas en tant que telle dans la LPGA, sous réserve de l'art. 21 al. 4 LPGA sans pertinence en l'espèce. L'obligation de réduire le dommage s'impose cependant en tant que principe général de rang législatif, même si elle ne figure pas expressément dans la loi (ATF 114 V 281 ; ATF 111 V 235 ; ATF 105 V 176 ; MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, p. 54 ; RIEMER-KAFKA, Selbst-verantwortung, p. 254 ; LANDOLT, Auswirkungen der 5. IVG-Revision, p. 218). Dans le domaine des assurances sociales, le devoir de limiter autant que possible les conséquences du risque assuré est au demeurant reconnu (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28).

4. a) En l'espèce, l'absence d'allocation d'impotence ou de demande en ce sens entraîne pour corollaire que n'a pas à être examinée

la question de savoir si les soins non médicaux litigieux sont couverts par dite allocation.

Par ailleurs, le Tribunal fédéral exclut clairement de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA la prise en charge de l'aide pour les déplacements à l'extérieur puisque par définition, il ne s'agit pas de soins prodigués à domicile (ATF 147 V 35 consid. 5.2.2 et 5.2.2.1 ; TF 8C_81/2021 du 27 octobre 2021 consid. 6.2.4 et 6.2.5). Enfin, les prétentions du recourant ne portent pas sur la tenue du ménage.

b) En l'occurrence, le recourant réclame une contribution pour l'aide non médicale apportée à domicile par son épouse pour la période du 21 août 2020 au 8 mars 2021, singulièrement pour son hygiène corporelle, son alimentation ainsi que pour se vêtir ou se dévêtir, actes correspondant aux soins de base mentionnés à l'art. 7al. 2 let. c *in fine* OPAS. Il est d'avis que les soins prodigués par son épouse excèdent l'aide exigible d'un membre de la famille, se référant sur ce point à la liste établie par l'intéressée le 24 janvier 2021, qui mentionne la douche, l'habillage, la préparation du petit déjeuner, le « schéma WC », la préparation des repas de midi et soir, la mise en assiette prête pour la mise en bouche et le déshabillage. Pour le recourant, il ne fait aucun doute que depuis l'accident jusqu'à l'opération du 2 novembre 2020, il n'était pas en mesure d'utiliser son bras droit. Par la suite, il affirme avoir eu besoin au quotidien de soins non médicaux à domicile jusqu'au début février 2021 au moins en raison d'une immobilisation de quatre mois en post-opératoire. Il n'avait commencé à pouvoir enlever son gilet orthopédique qu'au début mars 2021, avait retrouvé un peu d'autonomie tout en ayant encore besoin d'aide pour accomplir certains actes de la vie quotidienne.

c) Il convient de rappeler que le 21 août 2020, le recourant a chuté de sa hauteur avec réception sur l'épaule droite. Le diagnostic initial de luxation de la glène humérale antérieure droite a été retenu en l'absence de fracture associée. L'épaule droite a été réduite, avec prescription du port d'un gilet orthopédique ainsi que de physiothérapie. L'arthro-IRM de l'épaule droite du 25 septembre 2020 a notamment mis

en évidence une déchirure complète du tendon du muscle supra-épineux, un tendon du long chef du biceps bicipital continu mais luxé antérieurement en raison d'une désinsertion complète du tendon du muscle sous-scapulaire. Au vu de la persistance des douleurs, l'intéressé a subi, le 2 novembre 2020, une arthroscopie de la coiffe de l'épaule droite.

d) En premier lieu, il apparaît qu'aucun soin de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS *in fine* n'a été expressément prescrit par un médecin, le Dr R._____ ne faisant que déduire du port du gilet orthopédique un besoin d'aide pour les gestes simples du quotidien (cf certificat du 4 décembre 2020). Celui-ci ne soutient en particulier pas que le port du gilet s'imposait en permanence, ni que la nature des lésions excluait la mobilisation, à tout le moins partielle et occasionnelle, du membre supérieur droit.

Au demeurant, aucun document d'ordre médical n'atteste d'une perte complète de l'usage du membre supérieur droit ni avant, ni après l'opération de l'automne 2020. Le Dr R._____ fait uniquement part, au terme de sa consultation du 16 septembre 2020, de la persistance de douleurs et d'un retard de la rééducation, en raison de la mobilisation de l'épaule droite quasi impossible, même en passif. Il ne mentionne cependant pas d'atteinte ou de limitation des autres articulations du membre supérieur droit. Selon le protocole opératoire du 2 novembre 2020 ainsi que le rapport de sortie du 6 novembre 2020, les suites de l'intervention étaient simples et, lors de la sortie de l'hôpital, les cicatrices étaient calmes, avec l'ablation des sutures strips prévue à dix jours post opératoire. Le médecin opérateur recommandait la poursuite de la physiothérapie ambulatoire et des exercices à domicile, tendant à mobiliser l'épaule droite, ont été enseignés à l'assuré déjà dans le décours de l'opération de novembre 2020.

e) Le recourant ne soutient pas que son bras droit a été immobilisé en permanence par le port du gilet orthopédique depuis l'accident et durant quatre mois depuis l'opération de novembre 2020. Au contraire, outre la prescription régulière de séances de physiothérapie,

impliquant *a priori* l'enlèvement du gilet et une mobilisation du membre supérieur droit, le recourant a lui-même déclaré, le 4 février 2021, qu'il portait le gilet à l'extérieur de la maison et la nuit pour dormir et le retirait quand il était tranquille à la maison.

f) En présence d'une atteinte orthopédique limitée à l'épaule droite, d'une mobilité préservée du coude et de la main droite ainsi que du membre supérieur gauche, l'obligation de réduire le dommage permet d'imposer au recourant le port de vêtements adaptés tant au gilet orthopédique qu'à la limitation fonctionnelle de l'épaule droite, la nécessité d'une aide pour les mettre ou les enlever se réduisant à l'évidence tout au plus à quelques minutes quotidiennes, principalement matin et soir, ce qui est exigible au titre de soutien familial et n'est pas présumé entraîner un dommage matériel (cf. Recommandation N° 7/90 précitée, ch. 2.3 *in fine*). S'agissant de l'hygiène corporelle, il apparaît que la douche était autorisée, ce qui suppose notoirement une aide exclusivement pour la pose d'une protection imperméable, soit une assistance vraisemblablement de très courte durée, également exigible dans le cadre familial. Un accompagnement ne s'avère pas non plus nécessaire pour aller aux toilettes : à défaut de présenter une incontinence résultant de sa chute impliquant des soins particuliers ou l'observation d'une hygiène spécifique pour l'évacuation des selles et des urines, on ne voit pas que la seule limitation fonctionnelle relative à l'épaule droite puisse empêcher l'assuré d'aller et d'utiliser les toilettes de manière convenable. S'agissant de la préparation des repas et la mise en assiette prête pour la mise en bouche, il convient de rappeler que la préparation des repas, qui ne constitue pas un soin, n'a pas à être indemnisée dans le cadre de l'assurance-accidents. L'obligation de réduire le dommage, respectivement le soutien familial exigible, permettent de considérer dans le cas d'espèce qu'il n'existe pas de dommage à proprement parler donnant matière à indemnisation s'agissant de l'aide pour s'alimenter. Au demeurant, à lire le recourant, une telle aide est restreinte au seul acte de couper la nourriture dure, lequel n'est ni constant, ni chronophage.

g) En résumé, les quelques minutes résiduelles d'aide quotidienne apportée par l'épouse du recourant ne justifient pas une participation financière de l'intimée aux soins non médicaux, eu égard à l'obligation de réduire le dommage et à l'obligation d'assistance entre époux. Le recourant n'allègue par ailleurs pas une perte de gain subie par son épouse en raison de cette aide.

En définitive, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de servir les prestations requises par le recourant au titre de l'aide non médicale prodiguée à domicile par sa femme au sens de l'art. 18 al. 2 let. b OLAA, et n'a pas donné suite aux mesures d'instruction complémentaires requises.

5. a) Le recourant prétend encore à l'indemnisation du temps consacré par son épouse pour le conduire à ses séances de physiothérapie de même qu'à l'attendre pendant ces séances.

b) Selon l'art. 13 al. 1 LAA, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires. L'art. 20 al. 1 OLAA (ordonnance du 19 décembre 1983 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) précise que les frais nécessaires de sauvetage et de dégagement, ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport sont remboursés, d'autres frais de voyage et de transport étant remboursés lorsque les liens familiaux le justifient.

L'art. 13 al. 1 LAA, qui ne permet que le remboursement des frais de voyage « nécessaires », s'inscrit dans le cadre de l'obligation générale de diminuer le dommage (cf consid. 3c ci-dessus).

L'art. 48 al. 1 LAA dispose que l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est, d'une part, qu'il est tenu d'allouer des prestations pour des lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical

(art. 6 al. 3 LAA ; ATF 118 V 286) et, d'autre part, qu'il est en droit de refuser des prestations pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 171 consid. 1b et les arrêts cités). Dans la mesure où l'assureur-accidents exerce le contrôle sur le traitement, il conserve également le contrôle de son accessoire que sont les frais de voyage entre le domicile et le fournisseur de prestations. Il ne peut certes pas porter atteinte au principe du libre choix du médecin. En revanche, sur la base de l'obligation de réduire le dommage, un refus de prise en charge de frais de voyage est admissible s'agissant d'un assuré suivant le traitement médicalement nécessaire en un endroit éloigné de son domicile alors que les infrastructures médicales offrant une prise en charge tout aussi appropriée existent à proximité.

c) La commission ad hoc sinistres LAA a édicté le 29 juin 1994 la recommandation n° 1/94, intitulée « Remboursement de frais (frais de sauvetage, de dégagement, de voyages et de transport, frais de logement et entretien) ». Dans sa teneur en vigueur ensuite de la révision du 29 juin 2009, cette recommandation dispose notamment ceci :

“(…)

1. En vertu de l'art. 20 al. 1 OLAA on doit rembourser :

1.2 Les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport ainsi que d'autres frais de voyage et de transport lorsque les liens familiaux le justifient.

Lorsque l'assuré se déplace de manière indépendante, utilise un moyen de transport, voire conduit lui-même un véhicule, nous parlons de frais de voyage.

(…)

2.1 Sont nécessaires au sens des dispositions de la loi et de l'ordonnance

(…)

- les frais de voyage jusque chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de traiter le problème médical, ainsi que
- l'utilisation du moyen de transport adapté à la gravité de la blessure subie.

(…)”

6. a) En l'occurrence, la CNA a pris en charge les frais de voyage du recourant entre son domicile de [...] et le cabinet de sa physiothérapeute à [...], sous la forme du remboursement des kilomètres effectués en voiture. Elle a accepté à titre exceptionnel cette prise en charge, nonobstant l'existence de plusieurs cabinets de physiothérapie à [...] même.

b) Certes, à teneur de l'art. 10 al. 2 LAA, l'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie ou l'établissement hospitalier dans lequel il veut se faire soigner. Ce droit fondamental de l'assuré n'est pas contesté en l'espèce : l'assuré a pu librement choisir de se faire traiter par sa physiothérapeute à [...] et l'intimée a pris en charge les notes d'honoraires de celle-ci. La question du choix du physiothérapeute et celle du remboursement des frais de voyage au sens de l'art. 13 LAA sont toutefois des problématiques distinctes. Le droit de librement choisir son thérapeute n'implique en effet pas celui d'obtenir le remboursement des frais de voyage pour se rendre à son cabinet. Les art. 13 al. 1 LAA et 20 OLAA sont clairs à cet égard : les frais de voyage ne peuvent être mis à charge de l'assureur-accidents que dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires. Or, ne sont pas médicalement nécessaires les déplacements pour se rendre au cabinet d'un praticien éloigné de son domicile si un traitement approprié peut être dispensé à proximité de son domicile. Si, dans cette hypothèse, le patient préfère consulter un praticien éloigné de chez lui, il reste libre de le faire, mais il ne peut prétendre que les déplacements étaient médicalement nécessaires, puisque des soins adéquats pouvaient être dispensés dans un environnement proche, sans déplacements conséquents.

Pour ce seul motif, le recourant ne peut prétendre à l'indemnisation du temps consacré par son épouse à l'accompagner chez sa physiothérapeute.

A cela s'ajoute que les localités de [...] et [...] sont desservies par les transports publics, que le trajet simple course s'effectue en moins d'une heure et qu'il est notoire qu'une atteinte à une épaule n'entrave pas l'accessibilité aux transports publics.

Le recourant ne peut donc prétendre à une indemnisation pour le temps consacré par son épouse à le conduire et à l'attendre pendant ses séances de physiothérapie.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 novembre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Syndicat UNIA Région Vaud (pour C. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :