

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2024

Composition : M. PIGUET, président

Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges

Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 198[...], a travaillé en qualité de chef de rayon pour la [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 avril 2004, sous l'emprise de l'alcool, l'assuré a été victime d'un accident de la route ayant entraîné un traumatisme crânien cérébral sévère avec hémorragie cérébrale et coma prolongé, nécessitant une craniotomie décompressive. Il en a résulté une tétraplégie spastique à prédominance gauche ainsi que diverses complications, en particulier une vessie neurogène, une grave dysarthrie avec aphasie et une dysphagie (cf. rapport de sortie de la Clinique R. _____ du 9 novembre 2005 des Drs T. _____ et E. _____, spécialistes en neurologie).

Par décision du 17 novembre 2004, la CNA a réduit le droit de l'assuré aux prestations en espèce de 20 % au motif que l'assuré était sous l'emprise de l'alcool au moment de l'accident.

Par décision du 12 mars 2008, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité, à une allocation pour impotent de degré grave et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 100 %, appliquant une réduction de 20 % sur l'ensemble de ces prestations selon la décision du 17 novembre 2004. La CNA a également pris en charge divers moyens auxiliaires.

Le 25 juin 2012, la CNA a confié à la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (ci-après : la FSCMA), une enquête relative aux soins à domicile prodigués à l'assuré.

La FSCMA a procédé à une enquête à domicile le 5 juin 2013 et communiqué son rapport à la CNA le 10 juillet 2013.

Le 16 juillet 2013, la CNA a procédé au calcul des prestations dues pour les soins à domicile prodigués à l'assuré. Le montant dévolu à ce titre s'élevait à 2'210 fr. par mois selon le décompte de paiement du 21 août 2013, puis à 1'841 fr. 65 selon le décompte de paiement du 15 mai 2014.

Par la suite, la CNA a régulièrement requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré et des établissements où il a été hospitalisé (cf. en dernier lieu les rapports des 23 juin 2017 et 14 juin 2018 du Dr T. _____ de la Clinique R. _____, du 2 septembre 2022 du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, et du 7 octobre 2022 de la Dre D. _____, spécialiste en otorhinolaryngologie au Centre V. _____).

Le 25 août 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle entendait procéder à la révision de sa participation aux frais d'aide et de soins à domicile de l'assuré. Elle a confié à la FSCMA le soin de procéder à une enquête relative aux soins à domicile prodigués à l'assuré.

Le 14 mars 2023, la FSCMA 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 28 mars 2023, la CNA a annoncé à l'assuré qu'à partir du 1^{er} mai 2023, elle lui verserait une participation aux frais de 1'705 fr. 50 pour les soins médicaux dispensés par une personne non autorisée, se référant à un calcul des prestations de soins du même jour.

Par acte du 12 mai 2023, complété le 3 juillet 2023, l'assuré, représenté par Inclusion Handicap, s'est opposé à cette décision. Il a reproché à la CNA de s'être écartée du rapport du 14 mars 2023 de la FSCMA sans en expliquer les raisons.

Par décision sur opposition du 30 août 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. **a)** Par acte du 2 octobre 2023, A._____, représenté par Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de dépens au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'assuré a reproché à la CNA de s'être écartée des constatations et de la computation du temps établis par l'enquêtrice de la FSCMA. Il a contesté en particulier la réduction du temps admis pour le brossage des dents et le refus de prendre en compte le temps consacré à la prise de la tension artérielle. De même, l'utilisation de l'urinal, qualifié par la CNA d'aide non médicale, devait, au vu de son état de santé, plutôt entrer dans la catégorie des traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (au même titre que l'ajustement de l'urinal) et ne pas être considérée comme un soin de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. En dernier lieu, l'assuré a reproché à la CNA une instruction insuffisante de sa situation médicale actuelle.

b) Par réponse du 6 novembre 2023, la CNA a conclu au rejet du recours. Observant que l'assuré avait bénéficié d'une récupération importante de ses facultés dans les premières années qui avaient suivi l'accident du 2 avril 2004, elle a considéré que, sur la base de l'obligation de réduire le dommage, l'assuré pouvait maintenir et développer son autonomie en se lavant les dents seul le matin et à midi et que le recours à un condom collecteur d'urine était judicieux non seulement en déplacement, mais également pendant la nuit, l'assuré n'étant pas sujet à des infections urinaires. En outre, aucune nécessité à la mesure de la tension artérielle n'était justifiée. S'agissant de la qualification de l'urinal, la CNA a maintenu qu'il entrait dans la catégorie de traitements définis à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, une bouteille de recueil d'urine ne présentant pas les caractéristiques d'une sonde ou d'un cathéter (art. 7 al. 2 let. b ch. 5 OPAS) et l'assuré ne souffrant pas de troubles de l'évacuation urinaire ni d'incontinence (art. 7 al. 2 let. b ch. 11 OPAS). Enfin, en ce qui concernait l'état de santé de l'assuré, la CNA a rappelé qu'il était qualifié de stable

depuis plusieurs années et qu'il n'existait pas de besoin accru de soins depuis cinq ans.

c) Par écriture du 15 décembre 2023, A._____ a maintenu ses conclusions tendant à l'annulation de la décision sur opposition attaquée, se référant à son recours du 2 octobre 2023.

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 l'étendue des prestations dues par l'intimée au titre de l'aide et des soins à domicile.

3. Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante

d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. 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).

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. 1 OLAA, l'assuré a droit aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne ou une organisation autorisées, conformément aux art. 49 et 51 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). Quant à l'al. 2 de l'art. 18 OLAA, il prévoit 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. 4a) : 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 nécessaire 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).

5. a) Le présent litige s'inscrit dans le contexte de la révision des prestations pour soins ouverte le 25 août 2022 par l'intimée. 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 le décompte de paiement du 15 mai 2014, par lequel la CNA a annoncé qu'elle participerait, à hauteur de 1'841 fr. 65 par mois aux prestations pour soins.

b) En l'occurrence, il convient d'appliquer le nouveau droit relatif aux soins à domicile dès lors que l'art. 18 al. 2 OLAA, révisé au 1^{er} 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).

6. a) A titre liminaire, il convient d'examiner si l'instruction menée par l'intimée est suffisante sur le plan médical.

Il résulte des observations rapportées dans le rapport de la FSCMA du 14 mars 2023 (pp. 2-3) que le recourant, lequel avait récupéré nombre de ses facultés durant les premières années après l'accident, se trouvait depuis longtemps dans une phase stable au niveau médical. Interrogés par l'enquêtrice de la FSCMA, le recourant et sa mère n'ont pas relaté d'épisode de besoins en soins accrus durant les cinq dernières années ni de séjour à l'hôpital. Malgré les progrès, il est constant que le recourant ne saurait vivre seul et qu'une présence constante est requise pour sécuriser ses déplacements, l'aider à effectuer nombres de gestes quotidiens et répondre à ses besoins qu'il ne parvient pas à exprimer clairement du fait de ses problèmes d'élocution (rapport de la FSCMA du 14 mars 2023, pp. 2-3). Sur le plan médical, le dernier rapport du Dr T._____, daté du 14 juin 2018, mentionnait un état stationnaire sans phénomène intercurrent particulier. Selon le neurologue de la Clinique R._____, le recourant demeurait relativement indépendant dans ses activités quotidiennes et n'avait pas de plainte particulière. Depuis lors, le recourant n'a plus consulté la Clinique R._____. Dans son rapport du

2 septembre 2022, le Dr Z._____, médecin traitant du recourant, a fait savoir à la CNA qu'au niveau moteur, l'état de santé de son patient était stable, sans changement notable. Quant à la problématique d'élocution et de déglutition (cf. rapport du 7 octobre 2022 de la Dre D._____), elle n'est pas pertinente dans le cadre du présent litige dans la mesure où l'intimée ne remet pas en cause les difficultés de communication et d'alimentation du recourant ni le besoin d'aide qui en découle.

En l'absence d'autres éléments médicaux, il ne se justifie pas en l'espèce de compléter l'instruction sur le plan médical, au vu de l'absence d'évolution de l'état de santé du recourant au cours de ces dernières années.

b) La décision du 28 mars 2023, confirmée sur opposition le 30 août 2023, se réfère à un calcul des prestations de soins du même jour par lequel la CNA a arrêté à 1'705 fr. 50 sa participation aux frais pour les soins médicaux dispensés par une personne non autorisée. La teneur essentielle de ce calcul est la suivante :

| Soins médicaux (selon l'OPAS art. 7.2.b, examens et traitements) | B |
|---|--------------|
| Total soins médicaux minutes/jour | 11.57 |
| Total soins médicaux heures/année | 70.39 |
| Total soins médicaux h/mois | 5.87 |
| Indemnisation par mois: nombre d'heures à l'année x tarif / 12 | CHF 182.14 |
| Aide non médicale (selon l'OPAS art. 7.2.c, soins de base) | C |
| Total aide non médicale minutes/jour | 189.50 |
| Total aide non médicale heures/année | 1152.79 |
| Total Abklärung Std./Monat | 96.07 |
| Indemnisation par mois: nombre d'heures à l'année x tarif / 12 | CHF 2'651.42 |
| Aide non médicale (selon l'OPAS art. 7.2.c, soins de base) - Pas couvert par l'Apl | CC |
| Total aide non médicale minutes/jour | 37.71 |
| Total aide non médicale heures/année | 229.43 |
| Total évaluation h/mois | 19.12 |
| Indemnisation par mois: nombre d'heures à l'année x tarif / 12 | CHF 527.69 |

| | |
|---|------------------|
| Total par mois | CHF 3'361.25 |
| Total par mois arrondi | CHF 3'362.00 |
| A déduire allocation pour impotent | -CHF 1'656.50 |
| Total définitif | CHF 1'705.50 |

Ce calcul des prestations de soins effectué par l'intimée est contesté par le recourant. Aussi convient-il d'examiner les griefs soulevés par ce dernier à l'encontre de la décision attaquée.

c) aa) L'intimée a considéré que les soins dentaires pouvaient être assumés par l'assuré lui-même au moins deux fois par jour, si nécessaire en position assise, n'admettant un besoin d'aide que le soir, à raison de 5 minutes, compte tenu de la fatigue accumulée (décision sur opposition du 30 août 2023, p. 6). Elle soutient en outre qu'il existe dans le commerce divers dentifrices, se présentant sous la forme de doseurs à pompe ou de tubes pouvant très facilement être ouverts et refermés (réponse du 6 novembre 2023). Le recourant conteste le temps retenu par l'intimée. Il lui reproche de s'être écartée des constatations et de la computation du temps établis par l'enquêtrice de la FSCMA, mandatée pour évaluer son besoin en soins. Il allègue qu'au vu des efforts qu'il doit entreprendre pour effectuer les actes de la vie quotidienne depuis son lever du lit et des limitations qui ressortent du dossier, l'on peut raisonnablement considérer qu'il présente déjà une fatigue à midi. Il ajoute qu'en raison de ses tremblements, il ne pouvait pas ouvrir les emballages tel qu'un tube de dentifrice.

Pour le brossage de dent, l'enquêtrice de la FSCMA a retenu, dans la description de la vie quotidienne, 5 minutes d'aide trois fois par jour afin d'assurer l'équilibre du recourant durant ce soin, précisant qu'il était autonome pour ce geste qui lui prenait cependant beaucoup de temps. Il n'y a pas lieu en l'occurrence de suivre le raisonnement de l'intimée et de s'écarter des observations opérées par l'enquêtrice de la FSCMA, le point de vue défendu par l'intimée n'étant étayé par aucun élément objectif ressortant du dossier. En particulier, aucun élément

médical du dossier ne permet de justifier que le recourant serait plus apte à se tenir équilibré en fonction de la fatigue. Rien de tel ne ressort notamment des derniers rapports des 23 juin 2017 et 14 juin 2018 du Dr T. _____ ni du dernier rapport du 2 septembre 2022 du Dr Z. _____. On rappelle à cet égard que les problèmes d'équilibre sont bien documentés au dossier de l'intimée (rapport de la Clinique R. _____ du 19 mai 2014, rapport de physiothérapie, p. 19 : « *Fonctions relatives aux réactions motrices involontaires (b755) : présence des réactions de posture et d'équilibration, mais peu efficaces car mal adaptées (ataxie), rendant l'équilibre précaire. Son centre de gravité reste la plupart du temps trop postérieur.* »). En définitive, dès lors que le recourant prend trois repas par jour selon le rapport de la FSCMA du 14 mars 2023 (pp. 5-6), il convient de tenir compte d'une durée de 5 minutes d'aide retenue par l'enquêtrice pour chaque brossage des dents (pp. 5-6), soit au total 15 minutes.

bb) S'agissant de la prise de la tension artérielle, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas tenu compte de ce poste, celui-ci n'étant pas justifié sur le plan médical selon les déclarations du recourant faites à l'enquêtrice de la FSCMA (cf. rapport de la FSCMA du 14 mars 2023, p. 6 : « *A noter que M. n'a aucun problème de tension, ce n'est pas une demande du médecin* ») et rien de tel ne ressortant des rapports médicaux au dossier.

cc) En ce qui concerne l'utilisation de l'urinal, celle-ci relève des soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS (« *aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche* ») et non de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. A l'instar de l'intimée, la lecture de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS ne permet pas de ranger l'utilisation de l'urinal dans la catégorie des examens et des traitements. En particulier, un récipient pour recueillir l'urine ne présente pas les caractéristiques d'une sonde ou d'un cathéter (art. 7 al. 2 let. b ch. 5 OPAS). Il ne ressort pas davantage du dossier que le recourant souffrirait de troubles de l'évacuation urinaire ni d'incontinence (cf. bilan urodynamique du 21 août 2018 de la Clinique R. _____), si bien que l'art. 7 al. 2 let. b ch. 11 OPAS n'est pas applicable.

C'est, partant, à juste titre que l'aide apportée dans le cadre de l'emploi de l'urinal a été définie comme un soin de base, au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS.

d) Sur la base de ce qui précède, il convient de reprendre le calcul des prestations de soins de l'intimée du 28 mars 2023 en tenant compte de 15 minutes d'aide non médicale par jour pour le brossage de dents, les autres postes étant confirmés. Il s'agit de rajouter 10 minutes au total d'aide non médicale pour les soins de base, à savoir un total de 199,5 minutes par jour (189,5 minutes + 10 minutes) ou 3 heures 19 minutes et 30 secondes (3,325 heures). L'aide non médicale pour les soins de base représente ainsi 1'213,625 heures par an. Au tarif non contesté de 27 fr. 60 par heure, cela représente ainsi un montant mensuel de 2'791 fr. 33 (1'213,625 heures × 27 fr. 60 ÷ 12 mois) pour l'aide non médicale pour les soins de base couverte par l'allocation pour impotent. Le total des soins médicaux et de l'aide non médicale pour les soins de base couverte et non couverte par l'allocation pour impotent se monte à 3'501 fr. 16 (182 fr. 14 + 2'791 fr. 33 + 527 fr. 69), arrondi à 3'502 francs. Une fois déduite l'allocation pour impotent mensuelle de 1'656 fr. 50 perçue par le recourant (attestation du 11 juillet 2023 de l'intimée), les prestations dues par l'intimée au titre de l'aide et des soins à domicile se montent à 1'845 fr. 50 (3'502 fr. - 1'656 fr. 50) à compter du 1^{er} mai 2023.

7. a) Le recours est par conséquent admis. La décision sur opposition attaquée est réformée en ce sens que le recourant a droit, à compter du 1^{er} mai 2023, à un montant de 1'845 fr. 50 au titre de l'aide et des soins à domicile.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires d'Inclusion Handicap (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu des circonstances, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 1'000 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 30 août 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens qu'A. _____ a droit, à compter du 1^{er} mai 2023, à un montant de 1'845 fr. 50 (mille huit cent quarante-cinq francs et cinquante centimes) au titre de l'aide et des soins à domicile.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ un montant de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour le recourant)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- 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).

Le greffier :