



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1953, marié et père de cinq enfants majeurs, était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) lorsqu'il a chuté d'un balcon, le 25 juillet 2017.
2. L'assuré a été admis aux services des urgences, des soins intensifs, de chirurgie cardio-vasculaire et de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) jusqu'au 30 août 2017. Il présente depuis le sinistre une paraplégie complète de niveau neurologique D3.
3. Du 30 août 2017 au 6 février 2018, il a séjourné au service de paraplégie de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) à Sion. Selon le rapport y relatif du 5 janvier 2018, signé par la doctoresse B\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et les docteurs C\_\_\_\_\_, chef de service, et D\_\_\_\_\_, médecin assistant, l'assuré avait été éduqué aux techniques de transfert en chaise avec planche. La toilette et l'habillement nécessitaient une aide partielle extérieure, la prise de repas était autonome, mais l'assuré demeurait dépendant pour les courses, les repas et le ménage. Il se déplaçait avec sa chaise roulante manuelle de manière autonome dans la clinique, sur des courtes et moyennes distances, et bénéficiait d'une mobilisation passive des membres inférieurs avec un renforcement des membres supérieurs et des verticalisations sur table à 30°. Il avait progressivement récupéré de l'autonomie durant le séjour avec un MIF (pour « mesure d'indépendance fonctionnelle ») de 54 à la sortie et un SCIM (pour « Spinal Cord Independence Measure ») de 35/100, contre 15/100 à l'entrée. Il était en amélioration au niveau des transferts, de l'hygiène corporelle, de l'habillement et pour la gestion de la fonction intestinale, et autonome au niveau des auto-sondages. Un transfert au service de réadaptation médicale des HUG (Hôpital de Loëx) était recommandé pour consolider les acquis de l'assuré, poursuivre les objectifs de rééducation, soit la stabilisation des techniques de transfert avec une maîtrise autonome, l'amélioration de la stabilité du tronc et l'équilibre, l'intégration des techniques acquises dans les activités de la vie quotidienne de base (habillement, alimentation, déplacements et techniques en chaise), et favoriser ainsi un retour à domicile sécuritaire, tout en permettant un rapprochement familial.
4. En date du 6 février 2018, l'assuré a été transféré au service de réadaptation médicale des HUG (Hôpital de Loëx), où il est resté jusqu'au 14 juin 2018.
5. Le 6 avril 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a fourni des indications médicales pour la remise d'un fauteuil roulant à l'assuré. Il a fait état d'une ataxie sévère du tronc et d'une anesthésie au niveau du tronc et du bassin, dont la mobilité était fortement réduite ou immobile, avec des changements de position minimales ou impossibles. L'assuré pouvait rester assis uniquement avec de l'aide ou en prenant appui. La tonicité et la stabilité du tronc étaient légèrement réduites. Concernant les membres inférieurs, l'assuré n'avait aucune force, tonicité, sensibilité et contracture, et ne pouvait

effectuer aucun mouvement précis. Au niveau des membres supérieurs, la force était réduite, mais la tonicité, la mobilité articulaire, la sensibilité et la coordination étaient conservées, sans contractures. L'assuré présentait un risque d'escarres élevé, était incontinent et avait besoin d'aide pour les transferts.

6. Dans un rapport du 9 mai 2018, contresigné par une ergothérapeute, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin adjoint responsable d'unité à l'Hôpital de Loëx, a relevé que l'assuré avait fait preuve d'une grande motivation, amélioré sa force, son endurance et le périmètre de son déplacement sur des sols plats et réguliers. Actuellement, il était capable de se déplacer sur 24 mètres au maximum sur une pente à 4% et 8 mètres au maximum sur une pente à 8%. Toutefois, suite à ce test, il avait été incapable de continuer à se déplacer sur un terrain plat. Malgré ses efforts et ses progrès, l'assuré n'était pas capable de franchir des rampes et de se déplacer sur des sols irréguliers. Il présentait une faible force musculaire et un manque de tonus du tronc ne lui permettant pas de se pencher suffisamment pour se propulser efficacement avec son fauteuil.
7. En date du 23 mai 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a rempli le rapport d'enquête concernant l'allocation pour impotent, document qui précise qu'il convient de contrôler pour chaque acte ordinaire de la vie si, grâce à l'utilisation d'un moyen auxiliaire, une indépendance peut être atteinte. Concernant l'acte consistant à « s'habiller et se déshabiller », le médecin a noté que l'assistance d'un tiers était nécessaire pour mettre et enlever les bas de contention, pour habiller le bas du corps et mettre les chaussures. Pour « se lever, s'asseoir, se coucher », la mise debout était impossible et une surveillance et une aide étaient nécessaires pour monter les jambes sur le lit électrique. L'assuré n'avait en revanche pas besoin d'aide pour « manger ». Concernant l'« hygiène corporelle », l'assuré pouvait se laver, se peigner et se raser. Toutefois, une surveillance et l'aide d'un tiers étaient nécessaires pour se baigner et se doucher, plus particulièrement pour se laver le bas du corps et le dos, et réaliser les transferts, étant précisé que l'assuré disposait d'une planche de transfert et d'une chaise de douche. Une assistance était nécessaire pour « satisfaire ses besoins naturels », soit aller à selle et se nettoyer après. Parfois, en raison de l'état de fatigue de l'assuré, ce dernier avait besoin d'aide pour remettre ses vêtements. Enfin, l'assuré avait besoin d'assistance pour ses « déplacements » à l'extérieur, en fonction des distances et des pentes, en raison d'une fatigabilité, d'une faiblesse du tronc et d'un manque de force dans les membres supérieurs. Aucune surveillance personnelle ou stimulation n'était requise, mais l'assuré avait besoin d'un auxiliaire pour ses déplacements et de soins durables. Il était actuellement en milieu hospitalier et un encadrement devait être instauré dès son retour à domicile.
8. Par rapport du 7 juin 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a noté, suite à sa consultation du 30 mai 2018, que l'évolution était globalement bonne, avec des progrès de l'assuré modestes depuis sa sortie de la CRR, mais visibles, avec une bonne intégration des gestes de la vie quotidienne, principalement concernant le positionnement du lit, les

transferts, la toilette et l'habillage. L'utilisation de la chaise roulante manuelle était qualifiée de bonne. La situation était stabilisée et l'assuré avait atteint un niveau fonctionnel suffisant pour envisager un retour dans un domicile adapté. Il convenait de poursuivre le suivi régulier afin de renforcer les membres supérieurs et maintenir les capacités de transferts et de mobilité au niveau de la chaise roulante. Deux séances de physiothérapie par semaine étaient nécessaires pour maintenir ces acquis et garantir la sécurité du patient, l'intégrité des tissus mous lors des transferts et éviter à terme des douleurs au niveau des épaules et du rachis.

9. Selon la lettre de sortie de l'Hôpital de Loëx établie le 13 juin 2018 par les doctoresses F\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique, et G\_\_\_\_\_, médecin interne, l'assuré avait présenté, durant son séjour et grâce aux séances de physiothérapie et d'ergothérapie, une amélioration significative au niveau de la force de son membre supérieur droit et un maintien de la force du côté gauche. La sensibilité, la force et la motricité des membres supérieurs étaient conservées. Une amélioration du périmètre de déplacement en fauteuil roulant était également observée avec la possibilité d'effectuer des pentes de faible degré. Toutefois, une limitation secondaire à une force insuffisante et un tonus du tronc déficitaire était également constatée, ne permettant pas à l'assuré de se propulser sur les sols irréguliers et sur des pentes importantes. Pour cette raison, une aide à la propulsion électrique en fauteuil roulant avait été demandée. Concernant les transferts, l'assuré les effectuait à l'aide d'une planche de manière autonome la plupart du temps, mais il présentait une fatigabilité avec une aide parfois minimale nécessaire en fin de journée avec une évolution tout de même très favorable. Un passage de l'institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : IMAD) était organisé le soir afin de l'aider pour la mise au lit en cas de difficulté. Concernant les activités de la vie quotidienne, l'assuré nécessitait une aide minimale pour l'habillage et la toilette. Cependant, il était dépendant pour la pose des bandes de contention et pour la douche complète. Il présentait une incontinence durable nécessitant une extraction manuelle des selles, pour laquelle un passage de l'IMAD était également organisé. Concernant les urines, l'assuré effectuait lui-même les autosondages. À son arrivée, il avait présenté des chutes de tension au changement de position et une chute drastique des tensions artérielles avait été mise en évidence. Cette symptomatologie avait été améliorée par la mise en place de bandes de contention et la surélévation de la tête du lit. Compte tenu de la stabilisation de l'état clinique avec un patient qui avait retrouvé une meilleure autonomie fonctionnelle, il était rentré à domicile le 14 juin 2018. Le suivi à la sortie comportait notamment un encadrement de l'IMAD avec un passage infirmier une fois par jour pour l'extraction des selles, et deux fois par jour pour l'aide aux transferts, à la toilette et à l'habillage, ainsi que la mise au lit deux fois par jour.
10. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018, l'assuré, âgé de 65 ans, s'est vu accorder une rente de l'assurance-vieillesse et survivants.

11. Par décision sur opposition du 11 juillet 2018, la SUVA a refusé de prendre en charge un système de propulsion électrique considérant que l'assuré était apte à se déplacer à l'aide d'un fauteuil roulant sans moteur.
12. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans (A/2977/2018).
13. Dans un rapport du 19 juillet 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé à la SUVA que l'assuré était limité pour ses déplacements à l'extérieur car les pentes et autres obstacles ne pouvaient être franchis en raison du niveau de la paralysie qui ne permettait pas à l'intéressé de se propulser avec le tronc.
14. Dans un certificat du 23 juillet 2018, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assuré était incapable de se déplacer sur plus de 50 mètres à l'extérieur de son logement, ce qui le forçait à rester chez lui et influençait très défavorablement sa santé.
15. Le 24 août 2018, Madame I\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a souligné que les priorités de sa prise en charge consistaient à éviter des compensations physiques liées à la paraplégie haute par la mobilisation des deux membres supérieurs et le changement de mise en charge régulière afin de permettre l'habillage par le personnel soignant et leur permettre d'effectuer des soins sans complication, à gagner en autonomie dans la vie quotidienne grâce à un entraînement des transferts en sécurité sous surveillance et une amélioration de la stratégie de ces derniers, un renforcement et un travail de la coordination des deux membres supérieurs et un entraînement de l'équilibre du tronc en position assise, à promouvoir l'indépendance lors de ses déplacements à l'extérieur. Un suivi à moyen terme permettrait de minimiser les compensations physiques liées à la paraplégie et favoriserait l'autonomie de l'assuré dans certaines situations de la vie quotidienne. En revanche, la rééducation ne lui permettrait pas de se déplacer seul à l'extérieur avec son fauteuil manuel car la hauteur de la lésion engendrait effectivement une paralysie des muscles abdominaux qui étaient essentiels pour qu'une poussée efficace sur un fauteuil roulant manuel traditionnel soit possible à l'extérieur, notamment sur un terrain en pente, même avec un degré faible. À l'extérieur de son domicile, le périmètre de déplacement était limité à 50 mètres et nécessitait de nombreuses pauses, et l'assuré se fatiguait énormément.
16. Dans un rapport du 5 septembre 2018, Madame J\_\_\_\_\_, responsable d'équipe, et Monsieur K\_\_\_\_\_, ergothérapeute auprès de l'IMAD, ont effectué une évaluation du nouveau domicile de l'assuré et préconisé diverses mesures d'aménagement dans l'immeuble et l'appartement. Ils ont relevé, s'agissant des déplacements à l'extérieur, que l'intéressé avait pu parcourir 120 mètres en 30 minutes, avec sept pauses. À la fin de cette évaluation, il avait estimé sa fatigue à 9/10. Il avait du mal à lutter contre le mouvement naturel du fauteuil s'il y avait une pente et la fatigue arrivait rapidement, après 10 mètres. Il n'était pas capable de monter et descendre d'un tram de manière autonome. En conclusion, la faible capacité de déplacement

extérieur de l'assuré sur son fauteuil roulant actif ne lui permettait pas de se déplacer dans son quartier qui était à plat, mais présentait de nombreuses pentes.

17. Le 28 septembre 2018, un rapport d'enquête concernant l'impotence de l'assuré a été établi, suite à une visite au domicile de l'intéressé. Ce document rappelle qu'il convient de contrôler pour chaque acte ordinaire de la vie si, grâce à l'utilisation d'un moyen auxiliaire, une indépendance peut être atteinte. L'enquêteur a considéré que seul l'acte de « manger » (couper la nourriture et porter les aliments à la bouche) ne nécessitait pas d'aide. Pour tous les autres actes ordinaires de la vie, une assistance de la part d'un tiers était nécessaire. Ainsi l'assuré avait constamment besoin de l'aide d'une tierce personne pour « s'habiller et se déshabiller » le bas du corps et parfois le haut du corps. Quelquefois, il n'arrivait pas à mettre les habits par le haut de la tête. La position assise en dehors de la chaise roulante n'était pas possible et aucun moyen auxiliaire ne lui permettrait de garder cette posture. En outre, l'assuré n'arrivait pas à se baisser. Actuellement, des infirmières de l'IMAD venaient deux fois par jour chez lui faire sa toilette, l'habiller et le coucher le soir. L'épouse de l'assuré était très fatiguée et avait mal au dos, de sorte qu'il lui était impossible de s'occuper constamment de son mari. S'agissant de l'acte de « se lever, s'asseoir, se coucher », une surveillance et une aide permanente étaient nécessaires. À défaut, l'intéressé ne sortait jamais de sa chaise. Une aide était également nécessaire pour monter sur le lit électrique car l'intéressé n'avait pas de force dans les bras pour remonter le bas de son corps. Il arrivait tant bien que mal à faire le transfert avec la planche dans le lit, mais une aide était nécessaire pour transférer les jambes et tout le corps, sinon le risque de chute était trop important. Quant à l'« hygiène corporelle », l'intéressé arrivait à se laver le haut du corps, soit le visage, les bras et le devant du corps jusqu'à la ceinture. Le bas du corps était lavé chaque jour par les infirmières qui venaient à domicile. L'assuré pouvait se peigner, mais pas se raser à cause de sa vision diminuée. Il avait besoin d'une aide constante pour se baigner et se doucher, et la surveillance et l'aide des infirmières étaient nécessaires pour le transfert, le lavage du bas du corps et du dos. L'assuré avait en outre besoin d'une planche de transfert, d'une chaise de douche et d'un lift de bain. Concernant les « besoins naturels », l'assuré ne pouvait pas aller à selle et une extraction manuelle était réalisée tous les matins et tous les soirs par le personnel infirmier. Son épouse remettait ensuite ses vêtements en place car il ne pouvait pas se lever pour les ranger. L'assuré pouvait par contre réaliser les sondages urinaires. Concernant sa capacité à « se déplacer », l'intéressé était autonome à l'intérieur depuis qu'il vivait dans son nouvel appartement. En revanche, à l'extérieur, il lui était très difficile de se déplacer car ses bras étaient vite fatigués et n'importe quel obstacle devenait presque insurmontable. L'intéressé n'avait plus de vie sociale à l'extérieur et il restait à la maison à attendre la visite de ses enfants ou de ses amis. Le système à propulsion électrique serait une aide considérable pour lui rendre un peu d'autonomie. Ainsi, les actes ordinaires de la vie étaient très difficiles à accomplir et nécessitaient presque constamment l'aide d'une tierce personne. Son épouse et ses enfants devaient constamment le stimuler

à rester actif, sinon il restait cloîtré dans sa chambre, et sa femme le surveillait constamment, hormis lorsqu'elle partait faire des courses. Le personnel infirmier lui mettait des bas de contention, que son épouse enlevait le soir. Deux séances de physiothérapie par semaine étaient nécessaires pour maintenir les acquis, avancer la souplesse, travailler le transfert et l'équilibre et le renforcement musculaire.

18. Dans un rapport du 18 octobre 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir examiné l'assuré la veille. La situation neurologique était stable et l'assuré n'avait plus remarqué d'amélioration neurologique ni d'évolution fonctionnelle depuis sa sortie de la CRR. L'intéressé décrivait notamment des gênes au niveau des épaules, qu'il ressentait comme une forme de fatigue, dès que la distance parcourue en chaise roulante dépassait quelques centaines de mètres. Il se sentait alors épuisé et ne pouvait plus continuer à se déplacer de façon autonome. Cette limitation dramatique rendait une participation active à une vie sociale quasiment impossible.
19. Dans un rapport du 8 janvier 2019, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neuro-rééducation des HUG, a relaté que l'assuré n'arrivait pas à parcourir plus d'une vingtaine de mètres en fauteuil roulant, ni à franchir les obstacles, ni à monter un trottoir ou une côte. Il effectuait les transferts sous surveillance à l'aide d'une planche, entre le fauteuil et son lit, mais avait besoin d'aide pour la douche, la toilette et l'habillage. L'indépendance restait très limitée et l'assuré ne pouvait pas sortir seul.
20. Par décision du 24 janvier 2019, la SUVA a accordé à l'assuré une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> août 2018.
21. Dans une appréciation du 29 janvier 2019, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin au centre de compétence de la SUVA, a notamment relevé que l'assuré souffrait d'une paraplégie haute et complète, ce qui avait pour corollaire une totale absence de musculature tronculaire sub T4, de sorte que le maintien du tronc à l'assise par le siège était nécessaire, ainsi qu'une plus grande difficulté dans la mobilisation en transfert et en déplacement en fauteuil roulant, seule la musculature de la ceinture scapulaire pouvant être mobilisée. L'assuré présentait en outre des troubles visuels persistants, probablement en rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré. D'un point de vue sensitivomoteur, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était arrêté à 90%.
22. Le 21 février 2019, l'assuré, représenté par l'Association suisse des paraplégiques (ci-après : l'ASP), a contesté la décision du 24 janvier 2019 et requis l'octroi d'une allocation de degré moyen à compter du 1<sup>er</sup> juin 2018.
23. Par courrier du 2 mai 2019, la SUVA a rendu l'ASP attentive au fait que les factures d'aide et de soins à domicile avaient été entièrement payées jusqu'au mois de juillet 2018 et comprenaient des montants pour les soins de base correspondant à la prise en charge de l'aide relative aux actes ordinaires de la vie. Ainsi, sa pratique était plus avantageuse pour l'assuré et en fixant le début du droit à l'allocation au

1<sup>er</sup> juin 2018, elle serait tenue de requérir le remboursement d'un montant de CHF 1'726.-.

24. En date du 14 mai 2019, l'ASP a informé la SUVA qu'elle limitait l'opposition de l'assuré à la question du degré de l'allocation pour impotent.
25. Par décision sur opposition du 22 mai 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 24 janvier 2019, soit l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible. Elle a en effet considéré que le recourant n'avait pas besoin d'aide régulière et importante pour « manger », conformément au rapport d'enquête du 28 septembre 2018. Selon le rapport du 13 juin 2018, l'assuré avait besoin d'une aide minimale pour « l'habillage et la toilette », mais était dépendant pour la pose des bandes de contention et pour la douche complète. Ainsi, pour l'acte de « se vêtir et se dévêtir », l'aide ne pouvait être considérée comme régulière et importante. En outre, l'assuré n'était pas limité au niveau des membres supérieurs et pouvait accomplir cet acte sur le lit, le dos apposé contre une surface plane, en utilisant des vêtements et chaussures adaptés à son handicap qui ne nécessitaient que peu d'efforts. S'agissant des bas de contention, les moyens auxiliaires qui servaient au traitement médical ne devaient pas être attribués à l'acte de se vêtir et de se dévêtir, et le rhabillage après être allé aux toilettes était pris en compte dans l'acte « aller aux toilettes ». Pour « faire sa toilette », l'assuré était capable d'effectuer les transferts à l'aide d'une planche et était autonome la plupart du temps. Le fait qu'il présentait une certaine fatigabilité en fin de journée « avec une aide parfois minimale » n'était pas suffisant pour que le caractère régulier et important puisse être reconnu à cette aide. Il existait en outre divers moyens permettant de laver la partie inférieure du corps et l'auteur du rapport ne pouvait être suivi lorsqu'il retenait que l'assuré avait besoin d'une aide constante et de surveillance pour « se doucher ». Quant aux transferts entre la chaise roulante et la chaise de douche, l'intéressé ne nécessitait pas une aide importante car il n'avait pas besoin de remonter le bas du corps lorsqu'il passait de la chaise roulante à la douche ou aux WC. Enfin, il n'avait pas besoin d'aide régulière et importante pour se raser, étant encore relevé qu'il pouvait utiliser un rasoir électrique pour pallier à la baisse de son acuité visuelle. Concernant « les déplacements et les contacts », l'assuré pouvait parcourir avec son fauteuil roulant manuel des courtes à moyennes distances, cas échéant en faisant des pauses. Pour les plus longues distances, il pouvait utiliser les transports publics. L'existence d'une aide régulière et importante ne pouvait être reconnue pour l'accomplissement de cet acte. En fonction des renseignements ressortant du rapport d'enquête du 28 septembre 2018 et compte tenu du devoir général de réduire le dommage qui n'avait pas été suffisamment pris en compte dans ce document, il y avait lieu de considérer en définitive qu'une aide régulière et importante ne pouvait être retenue que pour deux actes de la vie, à savoir l'acte de « se lever, s'asseoir, se coucher » et celui d'« aller aux toilettes ».

26. La chambre de céans a entendu les parties en audience le 29 mai 2019 dans le cadre de la procédure opposant l'assuré à la SUVA concernant l'octroi d'un fauteuil à propulsion électrique (A/2977/2018). L'assuré a déclaré qu'il pouvait sortir de l'immeuble et faire 30 mètres au maximum. S'il en faisait 50, il devait se reposer 5 minutes. Il n'avait pas la force dans les bras pour pousser son fauteuil. Il restait à la maison la journée car il craignait de sortir et de rester coincé quelque part. Il était toujours accompagné lors de ses rendez-vous, en général par un de ses enfants, étant précisé que son épouse avait mal au dos et ne pouvait pas pousser son fauteuil. Il lui arrivait de sortir prendre l'air à côté de la maison. Il restait sur le trottoir et ne pouvait pas aller dans le petit parc à côté de l'hôpital, car il y avait une montée et il n'arrivait pas à pousser le fauteuil. Il sortait tous les jours et tournait autour de la maison, car il avait peur de s'éloigner et de ne pas avoir de force pour rentrer. À la maison, les infirmières, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute l'aidaient à passer de son fauteuil roulant au lit. Il restait du matin au soir dans son fauteuil roulant. Le matin, il y avait l'infirmière pour faire les soins et le soir, pour l'aider à se mettre au lit. Il prenait rarement les transports publics, voire plutôt jamais, car c'était difficile d'entrer dans le véhicule et il avait besoin de l'aide d'un tiers ou du chauffeur. Lorsqu'il avait rendez-vous avec son médecin à Beau-Séjour, soit environ une fois tous les deux mois, il prenait le petit bus ou le tram. Il faisait seul le trajet jusqu'à la place des Augustins, après quoi il prenait le petit bus avec l'aide du chauffeur et se débrouillait pour aller chez le médecin. Il s'était rendu deux fois seul à la mosquée du Petit-Saconnex en prenant le tram, puis le bus 3, avec l'aide du chauffeur. C'était trop loin, raison pour laquelle il n'y allait pas toutes les semaines, seul. Il s'était rendu à la comparution personnelle avec ses fils « à pied ». Même si ce n'était pas loin, il n'avait pas pu venir seul. Il ne s'éloignait pas beaucoup plus de 300 à 500 mètres maximum. Ce n'était pas facile, mais il pouvait le faire en forçant. L'assurance-invalidité avait pris en charge un lift de bain et un lit électrique.
27. Par acte du 21 juin 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 mai 2019. Il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une allocation de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> août 2018 et une indemnité pour ses dépens à hauteur de la facture d'honoraires. Subsidiairement, il a requis le renvoi de la cause pour complément d'instruction. En substance, le recourant a relevé qu'il présentait un faible potentiel de force musculaire et une faiblesse du tonus du tronc, de sorte qu'il était très limité dans les actes ordinaires de la vie et ne pouvait pas se baisser sans risquer de chuter. Il a rappelé que le rapport d'enquête de l'intimée retenait une impotence dans cinq actes ordinaires de la vie, « manger » étant le seul où une autonomie avait été retenue. Il avait besoin de l'aide d'autrui pour tous les actes impliquant le bas de son corps et il lui était très difficile de se déplacer car il se fatiguait très vite en roulant avec son fauteuil. La liste des soins à domicile facturés par l'IMAD mentionnait les prestations d'extraction manuelle des selles, d'aide à l'habillage et au déshabillage, la toilette complète et partielle dans le bain, douche ou lavabo, ainsi qu'une aide pour se lever et se coucher. Les soins de base

s'élevaient à plus de 11 heures par semaine, ce qui signifiait que le besoin en soins pour des gestes du quotidien était important. Le rapport d'enquête sollicité par l'intimée, plus récent que les considérations des HUG et dont l'évaluation avait été faite à domicile, soit dans son environnement habituel, avait une pleine valeur probante. Or, l'intimée avait ignoré les considérations de l'enquêteur qu'elle avait mandaté. Pour l'acte de « se vêtir et se dévêtir », le diagnostic médical corroborait la limitation physique puisque le manque de tonus du tronc expliquait les difficultés rencontrées pour se vêtir et se dévêtir le bas du corps. Ces limitations étaient également objectivées par le fait que l'assuré avait bel et bien du personnel de soins à domicile qui l'aidait pour cet acte, personnel qu'il finançait de sa poche. Il n'existait aucun élément tangible pour s'écarter du rapport d'enquête et les conseils pratiques de l'intimée devaient être écartés car ils n'étaient pas réalistes et ne prenaient pas en considération sa pathologie. En outre, le rapport des HUG mentionnait qu'une aide était nécessaire, même si elle apparaissait alors minimale dans un cadre hospitalier. Concernant son « hygiène corporelle », il ressortait du rapport des HUG que l'aide de tiers était nécessaire pour la douche complète et qu'il ne pouvait pas se charger seul de la partie inférieure de son corps. Les factures de l'IMAD attestaient que les soins à domicile l'aidaient pour la douche et le lavage du bas du corps. Même si les rapports médicaux faisaient état de ses « progrès », cette notion n'impliquait pas pour autant une maîtrise et une autonomie de sa part. Le rapport relevait qu'une aide était toujours nécessaire pour transférer les jambes, vu les risques de chute. Les conseils pratiques de l'intimée apparaissaient saugrenus, étant relevé qu'il n'avait aucune sensation dans le bas du corps, que sa peau était exposée aux risques d'escarres et qu'une hygiène impeccable était centrale pour éviter des infections en présence d'une vessie neurogène. Le transfert en lui-même nécessitait un déplacement du bas du corps qu'il ne pouvait pas effectuer. S'agissant de l'acte de « se déplacer », la jurisprudence avait précisé que l'impotence était toujours donnée dans cette fonction pour des personnes paraplégiques et tétraplégiques se déplaçant uniquement en fauteuil roulant. Ainsi, non seulement la jurisprudence reconnaissait l'impotence dans l'acte de se déplacer pour tous les paraplégiques, mais il était en outre d'autant plus limité dans ses déplacements que sa lésion médullaire était haute et invalidante. L'impotence était donc présente dans cinq actes ordinaires de la vie et une allocation pour impotent de degré moyen devait lui être accordée. Le recourant a enfin souligné qu'une surveillance personnelle était également susceptible d'être retenue puisque le rapport d'enquête décrivait sa situation de vie qui nécessitait presque constamment l'aide d'une tierce personne. Sa haute paraplégie complète entraînait de nombreuses limitations physiques impliquant une grande dépendance envers autrui pour faire face à son quotidien. Son épouse était quasiment toujours présente, en plus de ses enfants et de l'organisation des soins à domicile. Le recourant a également rappelé que le rapport des HUG n'était pas actuel et n'avait pas été réalisé en conditions réelles, et que la décision entreprise faisait fi de l'enquête que l'intimée avait elle-même diligentée.

28. Dans sa réponse du 14 août 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que selon les indications figurant dans la demande de remise d'un fauteuil roulant, formulaire établi par la CRR en avril 2018, la tonicité, la mobilité articulaire et la sensibilité des membres supérieurs du recourant étaient conservées. L'intéressé ne souffrait pas de trouble de la coordination, ni de contractures, seule une force réduite était mentionnée. Depuis ce rapport, le recourant avait amélioré la force de ses membres supérieurs, grâce aux séances de physiothérapie et d'ergothérapie suivies à la CRR et à l'Hôpital de Loëx. À sa sortie de la CRR, la mesure de l'indépendance fonctionnelle s'élevait à 54 et le SCIM était passée de 15/100 à 35/100. Selon la lettre de sortie de l'Hôpital de Loëx, le recourant avait présenté une amélioration significative au niveau de la force du membre supérieur droit ainsi qu'un maintien de la force du membre supérieur gauche, et la sensibilité, la force et la motricité des membres supérieurs étaient conservées. S'agissant de l'acte de « se vêtir et se dévêtir », le rapport d'enquête se basait uniquement sur les propos du recourant et faisait abstraction de son obligation de réduire le dommage, de sorte qu'il n'était pas probant. En outre, il était mentionné que le recourant ne pouvait parfois pas mettre ses habits par le haut du corps, ce qui n'était pas compréhensible puisqu'il n'était pas limité au niveau des membres supérieurs. La jurisprudence avait reconnu que l'obligation de diminuer le dommage impliquait le choix d'habits adaptés et le rapport de l'Hôpital de Loëx indiquait que le recourant nécessitait une aide minimale pour l'habillage et la toilette. Une telle aide minimale n'était pas suffisante pour admettre le besoin d'une aide régulière et importante. Contrairement à l'opinion du recourant, le plan d'intervention de l'organisation d'aide et de soins à domicile ne permettait pas non plus de considérer qu'il était impotent pour cet acte. S'agissant de l'acte de pourvoir à son « hygiène corporelle », le rapport d'enquête se fondait uniquement sur les déclarations du recourant. Or, il était rappelé qu'une chaise de douche, assortie de divers accessoires, dont une barre de maintien et des accoudoirs verrouillables, avait été accordée au recourant, et un lift de bain avait été mis en place. Avec ces moyens auxiliaires, il était à même de se laver le dos et la partie inférieure du corps de manière indépendante, en s'aidant au moyen d'une brosse par exemple. S'agissant de son besoin d'aide pour effectuer les transferts, le recourant s'était vu reconnaître un besoin d'aide pour l'acte de se lever, s'asseoir et se coucher, acte qui comprenait notamment l'aide pour réaliser ce transfert. Partant, on ne pouvait retenir une deuxième fois l'acte partiel des transferts pour considérer qu'il était impotent dans l'acte de faire sa toilette. Concernant l'acte de « se déplacer », le recourant était en mesure de se déplacer en dehors de son domicile, de fréquenter la plupart des lieux publics et d'entretenir des contacts sociaux, de sorte qu'une impotence ne pouvait pas être reconnue dans l'acte en cause.
29. Par arrêt du 21 août 2019 (ATAS/742/2019), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 11 juillet 2018 (A/2977/2018). Elle a relevé que le périmètre de déplacement de l'intéressé n'était pas aussi restreint que ce que laissaient supposer certains rapports versés à la procédure, lesquels

devaient plutôt être compris en ce sens que l'intéressé ne pouvait pas parcourir plus d'une certaine distance « d'une seule traite », ce qui n'équivalait pas encore à une incapacité ou à une impossibilité. Elle a considéré qu'il était suffisamment autonome pour se déplacer seul, moyennant des pauses, jusqu'aux lieux publics situés à proximité de son domicile (commerces, cafés, restaurants, etc.) et qu'il pouvait entretenir des contacts sociaux en dehors de son domicile. Comme il pouvait se déplacer de manière autonome, la nécessité du système de propulsion électrique requise n'était pas établie, même si son souhait de bénéficier d'une autonomie plus grande était tout à fait compréhensible. Elle a donc conclu qu'il était en mesure d'utiliser un fauteuil roulant manuel sans devoir recourir à l'aide d'une tierce personne, même s'il ne lui était pas possible de circuler partout en ville, notamment lorsque la déclivité était trop forte. La limitation qui en découlait n'était pas un motif suffisant, selon la jurisprudence (stricte) du Tribunal fédéral, pour ouvrir droit à un dispositif de propulsion électrique.

30. Par réplique du 27 septembre 2019, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours du 21 juin 2019. Il a reproché à l'intimée de ne pas tenir compte de sa paraplégie haute, proche d'une tétraplégie, qui avait un impact sur la moitié supérieure de son corps puisqu'il n'avait aucune musculature du tronc. De plus, les rapports attestaient d'un manque de force, lequel ne pouvait concerner que les membres supérieurs puisque les membres inférieurs étaient totalement paralysés. S'il n'était pas atteint au niveau des membres supérieurs, il ne serait pas confronté à une limitation claire de son périmètre de déplacements, comme cela ressortait du rapport de la CRR et de la précédente procédure. L'intimée ne démontrait pas en quoi le rapport d'enquête à domicile ne serait pas probant. S'agissant de sa capacité à « se vêtir et dévêtir », il a confirmé qu'il ne pouvait pas habiller le bas de son corps car il n'avait aucun tonus dans le tronc. L'obligation de réduire le dommage ne s'appliquerait que s'il avait un besoin ponctuel de l'aide de tiers, alors qu'il avait un besoin constant de l'aide des organisations de soins à domicile pour ce geste. Concernant l'« hygiène corporelle », il ne pouvait pas se pencher ou se baisser et chuterait en avant s'il essayait de nettoyer le bas de son corps. Une surveillance dans la douche était nécessaire car il ne pouvait pas faire seul les transferts. Sa lésion médullaire était bien plus haute et les limitations fonctionnelles différentes de celles des arrêts auxquels se référait l'intimée. Il ne voyait pas bien les zones qu'il devait raser et il ne pouvait pas se couper les ongles des pieds. Des lésions cutanées ou des points de compression pourraient apparaître et il pourrait développer une dysrèflexie, réaction pouvant être mortelle. Enfin, concernant sa capacité à « se déplacer », la jurisprudence fédérale admettait toujours l'impotence pour des personnes en fauteuil roulant qui étaient rapidement tributaires de l'aide de tiers dans leurs déplacements (trottoirs, pentes, rebords). En outre, les critères pour reconnaître l'impotence dans le cadre de l'allocation pour impotent n'étaient pas les mêmes que ceux pour l'octroi d'un certain moyen auxiliaire. Il ne pouvait pas se déplacer comme il le voulait même s'il pouvait se déplacer dans un périmètre suffisant en regard des critères d'octroi d'un système de propulsion électrique. En

conclusion, il présentait une impotence manifeste dans cinq actes, fondée sur un rapport d'enquête à domicile et divers rapports médicaux. L'intimée aurait dû solliciter l'établissement d'un rapport d'expertise indépendant si elle avait réellement eu un doute sur l'état de fait au lieu de substituer son avis à celui de l'enquête, sans connaissance de la situation et malgré la maxime inquisitoire.

Le recourant a produit un certificat du Dr L\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2019 attestant que son patient avait besoin d'aide pour effectuer les transferts entre son fauteuil roulant et la douche et entre le fauteuil roulant et les toilettes, pour faire sa toilette, s'habiller et pour assurer la défécation. Il avait également besoin d'aide pour les déplacements à l'extérieur ou d'un système d'assistance électrique.

Il a également communiqué des documents et articles relatifs à la dysrèflexie autonome et aux différents niveaux de paraplégie.

31. Le 2 octobre 2019, le recourant a produit la note d'honoraires de son conseil du 21 août 2019 d'un montant de CHF 3'383.30.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 21 juin 2019 contre la décision sur opposition du 22 mai 2019 est recevable.

3. Le litige porte le droit du recourant à une allocation pour impotent de degré moyen plutôt que de degré faible.
4. a. À teneur de l'art. 26 LAA, en cas d'impotence (art. 9 LPGA), l'assuré a droit à une allocation pour impotent.

Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Conformément à l'art. 27 LAA, l'allocation pour impotent est fixée selon le degré d'impotence. Son montant mensuel atteint au moins le double du salaire journalier assuré maximum et au plus le sextuple de celui-ci.

---

b. L'art. 38 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) prévoit que l'allocation pour impotent, qui est versée mensuellement, s'élève à six fois le montant maximum du gain journalier assuré en cas d'impotence grave, à quatre fois si elle est moyenne et à deux fois si elle est de faible degré (al. 1). L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (al. 2). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (al. 3 let. a) ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (al. 3 let. b). L'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (al. 4 let. a) ou d'une surveillance personnelle permanente (al. 4 let. b) ou de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité (al. 4 let. b) ou lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers (al. 4 let. d). Si l'impotence n'est que partiellement imputable à un accident, l'assureur peut réclamer à l'AVS ou à l'AI le montant de l'allocation pour impotent que ces assurances auraient dû verser à l'assuré si celui-ci n'avait pas subi un accident (al. 5).

5. Les conditions du droit à l'allocation sont les mêmes que celles requises pour le droit à une allocation pour impotent dans l'assurance-invalidité. L'art. 38 OLAA définit trois degrés d'impotence (grave, moyenne et faible) qui se recouvrent avec ceux de l'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201). Aussi bien la notion d'impotence est-elle identique dans les deux assurances (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> éd. 2007, n. 245 p. 919 et les références).
6. a. Selon la jurisprudence, sont déterminants les six actes ordinaires suivants : 1) se vêtir et se dévêtir, 2) se lever, s'asseoir et se coucher, 3) manger, 4) faire sa toilette (soins du corps), 5) aller aux cabinets et 6) se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts (ATF 124 II 247 ; ATF 121 V 90 consid. 3a et les références citées).  
  
b. Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 RAI). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation

---

fonctionnelle ou qualitative de la situation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.1, in SVR 2014 IV n° 14 p. 55).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Par ailleurs, il n'y a aucune raison de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1 et 2.1).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires. En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4 et les références).

En outre, l'aide nécessaire peut tout aussi bien être une aide directe, que consister en une aide indirecte, telle la simple surveillance de l'assuré dans l'accomplissement des actes ordinaires (ATF 107 V 136 ; ATF 107 V 145 ; ATF 106 V 153 et ATF 105 V 52 consid. 4a). Il en ira de même si l'assuré peut, certes, accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie, mais doit être surveillé personnellement pendant ces opérations (RCC 1986 p. 510 consid. 1a et 3c). Enfin, l'adjectif « permanent », utilisé à l'article 9 LPGA, doit être opposé à « temporaire » il ne signifie pas « constant » ou « incessant ».

Les conditions de l'impotence ne sont pas réunies tant et aussi longtemps que l'assuré est en mesure d'accomplir un acte de la vie en se servant de moyens auxiliaires, c'est-à-dire sans l'aide d'autrui (RCC 1986 p. 228)

c. L'impotence est par exemple réputée moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie. Selon la jurisprudence cela suppose un besoin d'aide dans au moins quatre actes ordinaires de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 3.1).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin

doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

8. Selon la jurisprudence, une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).
9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. En l'espèce, l'intimée a reconnu une impotence dans les actes ordinaires de la vie consistant à « se lever, s'asseoir et se coucher » et à « aller aux cabinets ».

En revanche, elle s'est écartée des conclusions du rapport sur l'impotence s'agissant des actes « s'habiller et se déshabiller », « faire sa toilette » et « se déplacer », reprochant notamment à l'enquêteur de s'être fondé uniquement sur les déclarations du recourant et d'avoir fait abstraction de l'obligation de celui-ci de réduire le dommage.

11. Au préalable, la chambre de céans relève que l'enquête relative au degré d'impotence du recourant fait suite à une visite au domicile de l'intéressé, de sorte que le rapport d'évaluation du 28 septembre 2018 a été établi en pleine connaissance de la situation locale et spatiale. En outre, l'enquêteur a tenu compte des explications du recourant, ainsi que de ses empêchements et handicaps. Enfin, le contenu de ce rapport apparaît de prime abord motivé et détaillé, de sorte qu'il semble remplir les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

12. a. Concernant l'acte « se vêtir et se dévêtir », l'enquêteur a retenu que le recourant avait constamment besoin de l'aide d'une tierce personne pour « s'habiller et se déshabiller » le bas du corps et parfois le haut du corps lorsqu'il n'arrivait pas à mettre les habits par le haut de la tête. La position assise en dehors de la chaise roulante n'était pas possible et aucun moyen auxiliaire ne lui permettrait de garder cette posture. En outre, il n'arrivait pas à se baisser.

b. L'intimée considère que l'aide apportée ne peut être qualifiée de régulière et d'importante. Selon elle, le recourant, qui n'est pas limité au niveau des membres supérieurs, devrait pouvoir accomplir cet acte sur le lit, le dos apposé contre une surface plane, en utilisant des vêtements et des chaussures qui ne nécessitent que peu d'efforts et qui sont adaptés à son handicap. Il devrait également être en mesure de mettre ses habits par le haut du corps. Elle se réfère également au rapport de sortie de l'Hôpital de Loëx qui retient une aide « minimale » pour cet acte ordinaire de la vie.

c. Il est établi que le recourant souffre d'une paraplégie complète de niveau neurologique D3, soit une paraplégie haute, qui a pour conséquence une absence totale de musculature tronculaire sub D4 (cf. rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2019). Ainsi, si le tronc n'est pas maintenu à l'assise par le siège, le recourant ne peut rester assis que moyennant l'aide d'autrui ou en prenant appui (cf. rapports du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 avril 2018 et du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2019). Il connaît également de grandes difficultés pour se pencher en raison d'un manque de tonus du tronc (cf. rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 9 mai 2018) et de la paralysie des muscles abdominaux (cf. rapport de Mme I\_\_\_\_\_ du 24 août 2018).

Dès lors que le recourant a besoin d'être soutenu par un tiers ou de prendre appui avec ses membres supérieurs pour être assis, il ne peut manifestement pas se vêtir et

se dévêtir seul sur son lit, même le dos apposé contre une surface plane comme le suggère l'intimée. Il a en effet besoin d'au moins une main pour maintenir la position assise et il n'apparaît de toute évidence pas possible d'habiller et de déshabiller le bas de son corps, paralysé, en utilisant une seule main. Il ne paraît pas plus envisageable de réussir à mettre et à ôter, une fois assis et maintenu dans une chaise roulante, ou en position couchée sur le lit, des sous-vêtements, des pantalons, des chaussettes et des chaussures, lorsque l'on ne peut pas du tout bouger ses membres inférieurs, de surcroît insensibles, et que l'on présente une anesthésie du tronc et du bassin. Le choix de vêtements amples, équipés d'élastiques et ne nécessitant pas d'être attachés, de même que le recours à des crochets d'habillage, à un chausse-pied ou à tout autre moyen accessoire, n'est pas susceptible de permettre au recourant d'accomplir seul cet acte ordinaire de la vie. Enfin, les difficultés parfois rencontrées pour habiller le haut du corps se comprennent aisément compte tenu de l'anesthésie du tronc, et donc des muscles abdominaux.

Les conclusions de l'enquêteur apparaissent donc convaincantes. En outre, elles sont conformes aux pièces médicales du dossier. En effet, les Drs E\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ont tous deux clairement retenu que le recourant ne pouvait pas, seul, habiller le bas de son corps et se chausser (cf. rapports du 23 mai 2018, respectivement du 8 janvier 2019). D'ailleurs, Mme I\_\_\_\_\_ a expressément indiqué que sa prise en charge visait à permettre l'habillage « par le personnel soignant » (cf. rapport du 24 août 2018), ce qui confirme que le recourant n'est pas à même d'accomplir cette fonction. Quoi qu'en pense l'intimée, on ne saurait déduire le contraire des rapports de la CRR et de l'Hôpital de Loëx. En effet, à l'issue du séjour à la CRR, il a été noté que le recourant avait besoin d'une aide « partielle » extérieure pour s'habiller, même si une amélioration avait été constatée (cf. rapport du 5 janvier 2018), ce qui ne signifie nullement que cette aide, qui concernait sans aucun doute possible le bas du corps et était donc qualifiée de « partielle », ne serait pas régulière et importante. D'ailleurs, l'un des objectifs du transfert à l'Hôpital de Loëx visait à améliorer l'habillage, ce qui démontre que le recourant n'était pas autonome pour réaliser complètement cet acte. Si le Dr C\_\_\_\_\_ a par la suite noté un « bonne intégration des gestes de la vie quotidienne », notamment l'habillage, il a également fait état de progrès « modestes » depuis la sortie de la CRR (cf. rapport du 7 juin 2018) et confirmé que le recourant n'avait plus remarqué d'évolution fonctionnelle depuis lors (cf. rapport du 18 octobre 2018). Ces éléments permettent de retenir que le recourant n'était pas plus indépendant pour ce geste en juin ou en octobre 2018 qu'il ne l'était en février 2018. Concernant la lettre de sortie de l'Hôpital de Loëx, document qui mentionne que le recourant nécessitait une aide « minimale » pour l'habillage, l'emploi de cet adjectif semble particulièrement inapproprié puisque le recourant était alors pris en charge en milieu hospitalier et que son retour à domicile n'a été rendu possible que grâce à un encadrement de l'IMAD, avec un passage infirmier deux fois par jour, entre autres pour l'aide à l'habillage (cf. rapport du 13 juin 2018).

d. Partant, la chambre de céans fera siennes les conclusions du rapport d'enquête du 28 septembre 2018 et considère comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant ne peut pas accomplir l'acte ordinaire « se vêtir et se dévêtir » sans une aide régulière et importante, et ce, même en optant pour des habits adaptés à son handicap et en utilisant des moyens auxiliaires.

13. a. S'agissant des « déplacements », le rapport d'enquête sur l'impotence indique qu'il est très difficile pour le recourant de se déplacer à l'extérieur car ses bras sont vite fatigués et n'importe quel obstacle devient presque insurmontable.

b. L'intimée est d'avis que le recourant est en mesure de « se déplacer » en dehors de son domicile, de fréquenter la plupart des lieux publics et d'entretenir des contacts sociaux, de sorte qu'une impotence ne peut pas être reconnue pour cet acte.

c. Il ressort des pièces médicales du dossier que le recourant rencontre de grandes difficultés pour se déplacer seul à l'extérieur puisqu'il ne parvient pas à franchir les seuils de porte, les trottoirs et autres obstacles, et qu'il est également limité en cas de pente (cf. rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 9 mai, 23 mai et 19 juillet 2018, lettre de sortie du 13 juin 2018, rapports de Mme I\_\_\_\_\_ du 24 août 2018 et du Dr L\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2019). De telles restrictions ont également été retenues par le médecin du centre de compétence de l'intimée qui a rappelé que la paraplégie haute et complète avait pour corollaire une totale absence de musculature tronculaire sub D4, ce qui engendrait une plus grande difficulté lors des déplacements en fauteuil roulant puisque seule la musculature de la ceinture scapulaire pouvait être mobilisée (cf. rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2019).

Qui plus est, la jurisprudence admet qu'un assuré paraplégique, comme toute personne incapable de se mouvoir, a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se déplacer à l'extérieur à des fins non professionnelles, et cela même s'il bénéficie d'un véhicule automobile (ATF 117 V 146 consid. 3a/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2014 du 16 octobre 2015).

d. Puisqu'il est établi que le recourant ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant, il y a lieu de considérer, conformément à la jurisprudence précitée, qu'une aide régulière et importante d'autrui est nécessaire pour accomplir cet acte ordinaire de la vie.

14. a. S'agissant de l'« hygiène corporelle », l'enquêteur a mentionné que le recourant arrivait à se laver le haut du corps jusqu'à la ceinture, mais que le bas du corps était nettoyé chaque jour par les infirmières. Il avait besoin d'une aide constante pour se baigner et se doucher, et la surveillance et l'aide des infirmières étaient nécessaires pour le transfert, le lavage du bas du corps et du dos. Le recourant ne pouvait pas non plus se raser à cause d'une vision diminuée. L'enquêteur a en outre précisé que le recourant avait besoin d'une planche de transfert, d'une chaise de douche et d'un lift de bain.

b. L'intimée rappelle que le recourant dispose d'une chaise de douche, avec une barre de maintien et des accoudoirs verrouillables, ainsi que d'un lift de bain. Elle est d'avis que ces moyens auxiliaires lui permettent de se laver entièrement de manière indépendante, au moyen si nécessaire d'une brosse, et fait valoir que l'éventuel besoin d'aide pour effectuer les transferts est déjà compris dans l'acte « se lever, s'asseoir, se coucher ».

c. La chambre de céans observe que le rapport d'enquête du 28 septembre 2018 n'indique pas clairement si l'intéressé disposait déjà lors de cette évaluation des moyens auxiliaires cités, en particulier une chaise de douche et un lift de bain et, cas échéant, pour quelles raisons une aide extérieure serait tout de même nécessaire. Dans ces conditions, l'appréciation de l'enquêteur pour ce poste apparaît insuffisamment motivée.

Il en va de même pour les rapports médicaux au dossier, en particulier la lettre de sortie de l'Hôpital de Loëx qui retient qu'un passage de l'IMAD est indispensable pour l'aide à la toilette (cf. rapport du 13 juin 2018), le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ qui signale un besoin d'aide pour se baigner et se doucher, plus particulièrement pour se laver le bas du corps et le dos (cf. rapport du 23 mai 2018) et le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ qui fait état d'une dépendance pour la douche et la toilette (cf. rapport du 8 janvier 2019). Ces documents ne contiennent aucune argumentation et on ignore si les moyens auxiliaires remis au recourant ont été pris en considération.

d. Faute de connaître les modèles et accessoires exacts des moyens auxiliaires dont dispose le recourant, la chambre de céans n'est pas en mesure de se forger une opinion quant au besoin d'aide du recourant pour la douche et le bain.

Cela étant, cette question peut rester ouverte puisqu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir quatre actes ordinaires de la vie, ce qui suffit à lui ouvrir le droit une allocation pour impotent de degré moyen.

15. Eu égard à tout ce qui précède, il y a lieu de reconnaître au recourant le droit à une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> août 2018, compte tenu de son besoin d'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie, à savoir pour « se lever, s'asseoir, se coucher », pour « aller aux cabinets », pour « se vêtir et se dévêtir », et pour « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts », la question de son autonomie dans l'acte « faire sa toilette » pouvant en l'état demeurer indécise.
16. Partant, le recours est admis et la décision litigieuse du 22 mai 2019 annulée.
17. Le recourant conclut à l'allocation d'un montant de CHF 3'383.30 à titre de dépens.

S'il a droit à une indemnité dès lors qu'il obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA), le droit cantonal prévoit que la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.- (art. 6 du règlement

genevois du 30 juillet 1986 sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - RFPA - RSG E 5 10.03). En règle générale, les honoraires d'avocat sont fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2.3).

En l'espèce, eu égard aux particularités de la cause, l'indemnité de dépens sera fixée à CHF 2'500.-.

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

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision sur opposition de l'intimée du 22 mai 2019.
3. Dit que le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> août 2018.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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