

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Neu et Mme Brélaz Brillard, juges  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Michael Bütikofer, avocat à  
Bienne (BE).

et

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 9 LPGA ; art. 26 LAA ; art. 38 OLAA ; art. 7 al. 2 OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de chimiste-biologiste, avec la fonction de directeur, pour le compte de [...] SA à [...] et était assuré à ce titre auprès de J.\_\_\_\_\_ (ci-après : J.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

**B.** Alors qu'il était en vacances à [...], l'assuré a fait une chute en vélo en juillet 2014 (le jour précis de l'accident variant entre le 23 ou le 26 suivant les pièces au dossier). Cette chute a provoqué une fracture des vertèbres C6-C7, avec contusion médullaire des vertèbres C5-C6-C7, débouchant sur une tétraplégie incomplète.

L'assuré a été transféré en [...] pour y subir une première intervention chirurgicale. Il a ensuite été rapatrié en Suisse le 14 août 2014 et a été pris en charge auprès du Service de neurochirurgie des H.\_\_\_\_\_ (ci-après : H.\_\_\_\_\_) où il a subi une nouvelle opération le 16 août 2014.

Par fax du 20 août 2014 destiné à J.\_\_\_\_\_, les H.\_\_\_\_\_ ont sollicité que l'assuré séjourne dans un lieu de rééducation. Était notamment jointe en annexe une fiche d'informations relatives à l'intéressé du 18 août 2014, de laquelle il ressortait notamment que ce dernier avait besoin d'aide pour « manger et boire » et était dépendant pour les actes suivants : « se laver », « s'habiller », « continence vésicale », « continence anale » et « se déplacer à l'intérieur ».

L'assuré a effectué un premier séjour auprès de la Clinique R.\_\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_\_) du 27 août 2014 au 17 mars 2015, date de son retour à domicile. Par rapport du 23 février 2015, les Dresses M.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin praticien auprès de la R.\_\_\_\_\_, ont répondu

de la manière suivante au « Questions relatives à l'évaluation du degré d'impotence » (sic) :

**« L'assuré a-t-il besoin malgré l'usage de moyens auxiliaires, de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes ordinaires suivants ?**

*1. Se vêtir/se dévêtir*

Le patient peut se vêtir et se dévêtir seul

*2. Se lever/s'asseoir/se coucher*

Le patient peut se lever, s'asseoir, se coucher seul

*3. S'alimenter*

L'assuré peut-il manger :

- à table ? seul
- couper les aliments ? seul
- porter les aliments à la bouche ? seul
- l'assuré ne peut-il manger des aliments spéciaux ? non

*4. Pourvoir à son hygiène corporelle*

- se laver : seul dans un environnement adapté
- se peigner : seul
- se raser : seul
- se baigner/se doucher : seul dans un environnement adapté
- se brosser les dents : seul

*5. Satisfaire ses besoins corporels*

- mettre en ordre les habits (avant et après être allé aux toilettes) : seul dans un environnement adapté
- se nettoyer avec et après être allé aux toilettes) : seul dans un environnement adapté
- aller aux toilettes de manière inhabituelle (recourir à des manipulations manuelles) : doit faire un toucher rectal stimulateur sur WC avec réhausseur et autosondage pour l'évacuation des urines chaque 4h.

*6. Se déplacer*

- dans la maison : seul dans un environnement adapté
- à l'extérieur : avec aide s'il y a des obstacles
- l'assuré peut-il établir des contacts avec l'entourage : oui seul

**L'assuré a-t-il besoin de façon permanente de soins particulièrement astreignants nécessités par son infirmité ?**

Non.

**L'assuré a-t-il besoin de surveillance personnelle permanente ?** Non.

**Des moyens auxiliaires sont-ils à disposition ?** oui, chaise roulante, réhausseur WC, pince à longue manche, planche de transfert. »

Par rapport non daté, la physiothérapeute T.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué qu'une thrombose veineuse profonde fémorale à droit était traitée par voie orale et par le port d'un bas de contention au membre inférieur droite. Elle précisait que l'assuré était autonome pour manger, boire et également pour s'habiller, sauf pour mettre ledit bas de contention à droite.

Au terme du premier séjour de l'assuré auprès de la R.\_\_\_\_\_, les Dresses M.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ et le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale à la R.\_\_\_\_\_, ont rendu leur rapport final le 24 mars 2015. Ils relevaient notamment qu'il ressortait de la prise en charge en ergothérapie qu'à l'entrée, l'intéressé était dépendant pour la plupart des activités de la vie quotidienne, mais qu'en fin de prise en charge, il avait pu effectuer de nombreux progrès lui permettant d'atteindre un bon niveau d'indépendance dans lesdites activités de la vie quotidienne. Sur le plan intestinal, il était relevé que le transit était régulier, nécessitant la mise en place de laxatif, ainsi que d'un toucher rectal évacuateur, étant précisé que l'assuré étant autonome pour la vidange intestinale. Du point de vue urologique, il avait appris les techniques des autosondages intermittents, qu'il réalisait toutes les quatre heures. Il s'était cependant plaint d'avoir des fuites urinaires, lesquelles s'expliquaient par une hyperactivité détrusorienne associée à une dyssynergie vésicosphinctérienne. Pour cette raison, l'intéressé avait bénéficié d'une injection de toxine botulique intra-détrusorienne. Suite à ce traitement, les fuites urinaires avaient rapidement complètement disparu. Le dernier bilan urodynamique effectué le 12 mars 2015, sans traitement anticholinergique, avait montré une nette amélioration urodynamique avec une vessie hyposensitive, hypercompliante, acontractile et de grande capacité cystomanométrique, ce qui confirmait une très bonne efficacité du traitement par toxine botulique intra-détrusorienne. Les médecins ont ajouté qu'à la sortie, le patient poursuivrait le mode de miction actuel, à savoir les autosondages intermittents avec des volumes qui ne devaient pas excéder 500 ml, et qu'une prochaine injection de toxine botulique intra-détrusorienne serait à prévoir en fonction de la symptomatologie de l'intéressé, généralement

entre neuf et douze mois après l'injection précédente. Les Dresses M. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ et le Dr K. \_\_\_\_\_ ont en outre écrit ce qui suit :

« **Activités de la vie quotidienne (AVQ) :**

- Toilette-habillage : indépendant pour la toilette et l'habillage. Il effectue de manière indépendante les soins d'élimination (autosondages et TR [toucher rectal]).
- Transferts : il est capable d'effectuer l'ensemble des transferts du quotidien sans planche de transfert mais la sécurité n'est pas toujours assurée par manque de concentration ou du respect des consignes de sécurité.
- Déplacements : il se déplace de manière sécuritaire mais avec lenteur à l'intérieur de la R. \_\_\_\_\_ avec une CR [chaise roulante] active. Des gants de propulsions lui ont été fournis mais il oublie régulièrement de s'en servir. L'aide d'une tierce personne est indispensable pour les déplacements à l'extérieur car l'endurance est limitée sur les longs trajets. Il a également besoin d'être assuré dans les pentes raides et aidé pour le passage des trottoirs. La sécurité n'est pas toujours assurée car il est souvent distrait et n'applique pas toujours les consignes reçues malgré des nombreuses répétitions et entraînements lors des sorties thérapeutiques. En fin de séjour, l'Office AI a accepté la demande pour un Swisstrack. M. Q. \_\_\_\_\_ est capable d'utiliser le Swisstrack à l'extérieur mais un entraînement est conseillé afin que les déplacements soient sécuritaires.
- Cuisiner / Prise de repas : Monsieur est capable de préparer un repas complet simple avec des outils standards mais l'organisation de l'activité est à améliorer (préparation préalable de tous les outils et des ingrédients, organisation de l'espace de travail et de la suite des tâches). Il est indépendant pour la prise des repas avec des couverts standards.

Le logement est adapté suite à l'évaluation du domicile le 17.10.2014, les résultats de l'aménagement proposé se trouvent dans les rapports d'évaluation du domicile.

En ce qui concerne le lieu de travail, aucune proposition d'aménagement n'a été faite, à revoir dès la stabilisation du cas.

Sur l'échelle SCIM [Spinal Cord Independence Measure] qui évalue l'autonomie dans les AVQ, le patient a amélioré son score de 16 pts[points]/100 à entrée [sic] à 62 pts/100 à la sortie. »

Une « visite de courtoisie » a été mise en œuvre le 1<sup>er</sup> avril 2015 au domicile de l'assuré. Dans son rapport, l'inspecteur de sinistres a notamment indiqué, sous la rubrique « discussion », que l'assuré n'avait aucune résistance sur ses jambes et qu'il n'était pas capable de rester debout sans moyen auxiliaire ou en piscine. Il a en outre écrit ce qui suit sous la rubrique « remarques de la personne assurée » :

« [...]

Nous avons complété ensemble le formulaire relatif à l'évaluation du degré d'impotence. L'assuré conserve une bonne autonomie pour effectuer les actes de la vie quotidienne, il n'y a pas de besoins quant à une aide régulière et importante d'autrui. Toutefois, et au vu de la situation de l'assuré, il est évident que d'importants travaux d'aménagements devraient être réalisés, tant dans son habitat intérieur qu'extérieur. Aujourd'hui, M. Q. \_\_\_\_\_ n'a par exemple aucune possibilité d'accéder à son jardin, faire la cuisine car le plan de travail est beaucoup trop haut, conduire un véhicule adapté, etc... Ces travaux permettrait à l'assuré de retrouver une autonomie et liberté de mouvements, soulager sa famille qui est très attentive à lui et commence à être fatiguée, sortir librement de chez lui et de conserver des liens sociaux lors de visites et repas sur la terrasse de leur grand jardin.

[...] »

Le formulaire susmentionné relatif à l'évaluation du degré d'impotence a été « lu et approuvé » par l'assuré le 1<sup>er</sup> avril 2015. Il y a été répondu par la négative à la question de savoir si l'intéressé avait besoin, malgré l'usage de moyens auxiliaires, de l'aide régulière et importante d'autrui (directe ou indirecte) pour accomplir tous les actes ordinaires qui y étaient listés, à savoir les suivants : se vêtir/se dévêtir ; se lever/s'asseoir/se coucher ; s'alimenter (manger à table, couper les aliments, porter les aliments à la bouche, ne pouvoir manger que des aliments spéciaux [par exemple réduits en purée ou par sonde]) ; pourvoir à son hygiène corporelle (se laver, se peigner, se raser, se baigner/se doucher, se brosser les dents) ; satisfaire ses besoins corporels (mettre en ordre les habits [avant et après être allé aux toilettes], se nettoyer [avant et après être allé aux toilettes], aller aux toilettes de manière inhabituelle [devoir recourir à des manipulations manuelles]) ; se déplacer (dans la maison, à l'extérieur, pouvoir établir des contacts avec l'entourage). Il y a encore été répondu par la négative aux questions de savoir si l'assuré avait besoin de façon permanente de soins particulièrement astreignants nécessités par son infirmité et s'il avait besoin de surveillance personnelle permanente, étant précisé - s'agissant de cette dernière question - que dite surveillance se distingue de l'éventuelle aide de tiers dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et qu'il s'agit d'une surveillance rendue nécessaire par le fait que l'assuré ne peut pas rester seul en raison de son état psychique ou physique. Il était enfin mentionné

que l'intéressé disposait de moyens auxiliaires, à savoir une chaise roulante, un rehausseur WC et une planche de transfert.

Par rapport du 19 juin 2015 ensuite d'un « consilium pied neurologique » du 18 juin 2015, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès de la R.\_\_\_\_\_, a notamment relevé qu'à l'examen, l'assuré pouvait « à l'aide d'une personne se mettre debout sur un cadre de marche et faire quelques pas avec une légère aide d'une personne ». Dans sa conclusion, le Dr X.\_\_\_\_\_ a notamment constaté que l'intéressé présentait, depuis son séjour à la R.\_\_\_\_\_, une évolution favorable des capacités motrices au niveau des membres inférieurs.

L'assuré a effectué un second séjour auprès de la R.\_\_\_\_\_ du 5 août au 15 septembre 2015. Par rapport du 19 août 2015 ensuite d'un bilan urodynamique du 18 août 2015, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit (sic) :

#### « **Rappel anamnestique**

Ce bilan est réalisé ce jour pour évaluer le comportement vésico-sphinctérien chez M. Q.\_\_\_\_\_, patient tétraplégique de niveau neurologique C6 AIS [ASIA (American Spinal Injury Association) Impairment Scale] D spastique suite à un accident de VTT le 26.07.2014.

Dans le cadre d'une vessie centrale hypercontractile, associée à une dyssynergie vésicosphinctérienne de type 2, M. Q.\_\_\_\_\_ a bénéficié, le 20.02.2015, d'un traitement par injection de toxine botulinique intra-détrusorienne. L'évolution a été rapidement favorable avec la disparition complète des fuites entre les sondages, ce qui nous a permis d'arrêter le Vesicare. M. Q.\_\_\_\_\_ avait l'habitude de se sonder 4x/j environ avec des volumes aux alentours de 300 ml, sans sondage la nuit.

Depuis début juillet, le patient a remarqué l'apparition de fuites entre les sondages, prédominant la nuit. Actuellement, il se sonde toutes les 4h avec 2 sondages nocturnes.

**Le journal mictionnel du 13 au 17 août 2015** montre entre 4 et 6 sondages diurnes d'un volume allant de 90 à 460 ml et 2 sondages nocturnes où le volume total recolté varie de 230 à 1000 ml. Il a été noté 4 fuites d'urine /24h.

**Sur le plan intestinal**, le transit s'est dégradé depuis 1 mois avant l'admission à notre Clinique, suite aux difficultés de réaliser un TR évacuateur sur les toilettes non adaptées de l'Hôpital d'origine. Actuellement, le transit s'est régularisé à l'aide d'un TR évacuateur

que le patient réalise de façon autonome, à l'aide d'un suppositoire de Lecicarbon et de laxatifs.

[...]

### **Appréciation**

[...]

Sur le plan morphologique, la vessie a un aspect de lutte et les fuites apparaissent par hyperactivité détrusorienne associée à la dyssynergie vésicosphinctérienne.

Sur le plan fonctionnel, le contrôle volontaire sur le plancher pelvien est absent.

Compte tenu des constatations cliniques et urodynamiques, une 2ème injection de toxine botulinique intra-détrusorienne est prévue le 26 août prochain. En attendant, nous introduisons un traitement par Vesicare à raison de 10 mg/j. »

Dans un rapport du 15 septembre 2015, l'ergothérapeute S. \_\_\_\_\_ a relevé notamment ce qui suit :

« [...]

### **NIVEAU D'INDÉPENDANCE EN FIN DE PRISE EN CHARGE**

Monsieur est indépendant dans les AVQ mais des difficultés ont été parfois observées par l'équipe soignante pour l'habillage du bas du corps. Cependant, le patient n'a pas souhaité revoir les techniques de facilitation en ergothérapie au cours de son séjour.

L'équipe soignante a également observé des difficultés dans la gestion des soins d'élimination qui ont nécessité l'organisation d'un suivi par le CMS [Centre médico-social] à son retour à domicile pour une surveillance.

[...]

### **CONCLUSION**

[...]

A l'entrée, Monsieur est indépendant dans les AVQ mais des difficultés ont été parfois observées pour l'habillage du bas du corps et dans la gestion des soins d'élimination. Au niveau des MS [membres supérieurs], les bilans montrent des progrès par rapport au bilan de sortie du dernier séjour.

En fin de prise en charge, un suivi par le CMS a dû être organisé afin de surveiller la gestion des soins d'élimination. Au niveau des MS, les bilans de fin de prise en charge montrent une péjoration de la force, de la coordination et de la dextérité de la main droite malgré les progrès observés et décrits par le patient au cours du séjour. Nous pensons que la sensation d'engourdissement à la main décrite par le patient et le tonus augmenté qui a été observée le jour de l'évaluation peuvent avoir eu une influence sur les résultats.

[...] »

Par rapport non daté, la physiothérapeute N. \_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit (sic) :

« [...]

### **Capacités fonctionnelles actuelles**

Signalées : Monsieur Q. \_\_\_\_\_ déclare avoir progressé durant son séjour à la R. \_\_\_\_\_. Il remarque avoir plus de force dans ses jambes, être capable de se mettre debout depuis sa chaise avec appuis des bras et être plus sécuritaire pour les transferts. Il remarque également pouvoir mieux utiliser sa main D [droite].

Observées : en fin de séjour, la thérapeute observe que le patient est autonome pour :

#### **Mobilité**

- Changer la position corporelle de base (d410) : se coucher, se mettre debout avec appuis des MS (rendu possible également par la modification des cales pieds), s'asseoir. Descendre et remonter du sol depuis la position assise avec aide moyenne et appuis des MS (*entrée : aide importante pour se mettre debout*)
- Garder la position du corps (d415) : autonome pour être debout avec appuis d'un MS, connaît et pratique les mesures de décharges. (*entrée : doit avoir l'appuis des 2 MS pour tenir la position debout*)
- Se transférer (d420) : se transférer d'une surface à une autre sans changer de position, transfert chaise roulante-assis sur lit, chaise roulante-voiture, sur le dos se déplacer au bord du lit,
- Se déplacer en utilisant des équipements spéciaux (d465) : se déplacer en utilisant des moyens auxiliaires comme une chaise roulante. Se déplace avec un rollator et une supervision sur 50m, puis avec aide légère sur env 70m (principalement pour réguler la vitesse) (*entrée : marche avec aide moyenne et un taurus sur 30m*)
- Soulever et porter des objets (d430) : il peut soulever, porter en main, dans les bras, déposer des petits objets en restant dans sa chaise
- Activités de motricité fine (d440) : la main D est limité en dextérité fine mais arrive à mettre et enlever le frein du rollator (*incapable en début de séjour*)
- Utilisation des mains et des bras (d445) : il peut tirer, pousser, chercher à prendre tourner ou tordre les mains ou les bras, lancer, attraper des objets de taille moyenne en position assise.

#### **Entretien personnel**

- S'habiller (d540) : autonome
- Manger (d550) : autonome
- Boire (d560) : autonome

[...]

### **Evaluations des fonctions organiques**

[...]

Fonctions relatives aux réactions motrices involontaires (b755) : réactions de posture, de redressement, d'équilibre ralenties et diminuées par le déficit de force

Fonctions relatives aux mouvements involontaires (b765) : spasmes, au MI [membres inférieurs] principalement en décubitus dorsal, augmentation du tonus des extenseurs de genoux en ROM d'extension

[...]

Fonctions urinaires et de défécation (b620, b525) : absence de fuite, risque de constipation (entrée : fuites urinaires fréquentes)

[...]

### **Suite thérapeutique**

Proposition d'une poursuite ambulatoire à visée d'amélioration des fonctions musculaire et de la marche

Se sont avérées efficaces les techniques de réentraînement à la marche, renforcement fonctionnelle. »

Au terme du second séjour de l'assuré à la R.\_\_\_\_\_, la Dresse M.\_\_\_\_\_ et les Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès de la R.\_\_\_\_\_, ont rendu leur rapport final le 25 septembre 2015. Il en ressort notamment ce qui suit [sic] :

### **« DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour tétraplégie spastique incomplète AIS D de niveau neurologique C6***

### **Diagnostic**

#### ***Accident de vélo le 26.07.2014 avec :***

- **Tétraplégie spastique incomplète AIS D de niveau neurologique C6 (initialement C4) (niveau sensitif C6 à droite, T2 à gauche, de niveau moteur C7 à droit, T2 à gauche)**
- **troubles neurogènes de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle**
- **antelisthesis de C6 sur C7 avec crochetage des facettes articulaires postérieures et fracture du processus épineux de C6**
- **contusion médullaire C5-C6-C7 et hématome épidual antérieur en regard de C5-C6-C7**
- **TCC [traumatisme crânio-cérébral] possible : déficit modéré en mémoire antérograde verbale, signe d'un dysfonctionnement exécutif et suspicion de résidu hémorragique la surface supérieure du vermis supérieur**
- **Troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive**

[...]

### **LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION**

[...]

**Du point de vue digestif :**

Le patient présente deux épisodes de dysautonomie liés à une constipation, avec évolution favorable suite au vidage de l'ampoule rectale et mise en place d'un protocole laxatif. Par la suite, le transit est régulier avec évacuation manuelle des selles et utilisation de laxatif. Un passage hebdomadaire par le CMS est souhaitable afin de contrôler la régularité des selles et d'éviter à nouveau des épisodes de constipation pouvant chez ce patient provoquer des dysréflexies autonomes. En cas de constipation, un vidage de l'ampoule rectale par les soignants du CMS est indiqué.

**Du point de vue urologique :**

A l'entrée, le patient se plaint de réapparition de fuites urinaires. Chez ce patient avec une vessie centrale hypercontractile, associée à une dyssynergie vésicosphinctérienne de type 2, ayant eu une injection de toxine botulique intra-détrusorienne en février 2015, un bilan urodynamique reconferme les troubles de la fonction vésicale. Un traitement par Vesicare est réintroduit en attendant une deuxième injection de toxine botulique intra-détrusorienne, qui est effectué le 26.08.2015 par le Dr [...] suite auquel la fonction vésicale est entrée dans l'ordre. Un bilan urodynamique post-Botox est prévu le 29.09.2015.

[...]

**Du point de vue neurologique :**

M. Q.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'une analyse de la marche qui a nécessité une aide légère d'une personne pour contrôler l'avancée du taurus.

Il a une démarche lente, irrégulière et saccadée avec un appui important sur le taurus ; il manque de stabilisation du bassin, présente des claquages des genoux en extension lors de l'appui et un clonus achilléen droit occasionnel lors du contact initial du pied au sol. Des injections de toxine botulique sont proposées au niveau du membre inférieur droit et effectuées le 31.08, avec amélioration du clonus achilléen droit.

[...]

**Prise en charge ergothérapie :**

Les objectifs en ergothérapie ont été le renforcement et la dextérité des membres supérieurs, l'adaptation de son orthèse de la main droite et l'entraînement des préparations de repas. En fin de séjour, un suivi ponctuel ergothérapeutique en ambulatoire est organisé afin de surveiller la gestion des soins d'élimination chez un patient qui est indépendant dans les AVQ mais avec des difficultés occasionnelles, surtout dans l'habillage du bas du corps et dans la gestion des soins d'élimination.

**Prise en charge en physiothérapie**

Une prise en charge pluri-hebdomadaire est effectuée travaillant l'entraînement à la marche ainsi que le renforcement des membres

inférieurs et le tronc et la descente au sol avec de plus des traitements en groupe de standing, Giger, entraînement respiratoire et techniques en chaise.

En fin de séjour, il y a une amélioration de la marche même s'il reste dépendant d'une surveillance d'une tierce personne chez un patient autonome pour les déplacements en chaise, dans les AVQ et les transferts.

Une poursuite ambulatoire à visée d'améliorer les fonctions musculaires et de la marche est proposée à raison de deux fois par semaine à la Clinique [...] et une fois par semaine à domicile.

**Evolution neurologique :**

Par rapport à l'évaluation ASIA, il y a une discrète amélioration sensorielle et motrice à droite par rapport à l'hospitalisation précédente, actuellement à un niveau T2. [...]

**Du point de vue de l'autonomie :**

Sur l'échelle SCIM qui évalue l'autonomie dans les AVQ, le patient évolue discrètement avec à l'entrée un score de 59/100 et à la sortie un score de 64/100.

[...] »

Par rapport du 4 novembre 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie aux H.\_\_\_\_\_, a rapporté notamment que l'assuré lui avait dit que, grâce à la bonne prise en charge de l'assureur-accidents, il avait pu récupérer beaucoup de la motricité des mains et des jambes. Celui-ci arrivait à se mettre debout et à faire des petits déplacements avec un déambulateur ; il réglait toutes les tâches quotidiennes (fermer des boutons, faire à manger) lui-même.

Par rapport du 27 novembre 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, a notamment conclu au fait que les œdèmes des membres inférieurs que présentait l'assuré étaient en relation avec une insuffisance veineuse fonctionnelle et que le port de bas de contention élastiques était notamment conseillé.

Par rapport du 18 janvier 2016, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a indiqué avoir vu l'intéressé en urgence le 7 décembre 2015 pour cause d'impossibilité d'autosondage. Concernant la vessie, il n'y avait pas d'évolution.

Par courriel du 26 janvier 2016, l'assuré a retourné à l'Association suisse des paraplégiques un questionnaire d'impotence, auquel il a répondu de la manière suivante (sic) :

« **1. Se vêtir / se dévêtir**

Besoin d'aide pour :

- enfiler slip et pantalon ; slip de protection
- mettre certaines chaussures
- enfiler une grosse veste (veste d'hiver notamment)
- vu la tendance aux œdèmes, des bas de contention sont prévus d'ici fin janvier et aide nécessaire pour enfiler ceux-ci
- déshabillage difficile en cas de grosse fatigue

**2. se lever / s'asseoir / se coucher**

- peux me tenir debout dans un cadre de marche, à titre thérapeutique en présence d'un(e) physiothérapeute, mais impossibilité de faire quoi que ce soit en lâchant les mains
- peux me coucher tout seul (transfert du fauteuil roulant au lit) et peux me sortir du lit (transfert du lit au fauteuil roulant) mais ai besoin régulièrement d'aide en cas de grosse fatigue et surtout à cause d'une grande spasticité dans les jambes, ce qui nécessite une assistance aux changements de position et au bon positionnement dans le lit, ainsi que couvrir les pieds
- en cas de chute (ce qui m'est déjà arrivé), impossibilité totale de me relever tout seul

**3. se nourrir**

- n'ai pas besoin d'aide pour me nourrir lorsque le repas est devant moi, mais impossibilité de me préparer un repas (cuisine non adaptée)

**4. soins du corps**

- ai besoin d'aide pour me laver et me sécher les pieds, impossible tout seul
- impossibilité de me baigner
- assistance hautement recommandée lors de la douche car problème de stabilité (équilibre)
- capable d'effectuer le transfert de la chaise roulante à la chaise de douche et réciproquement

**5. aller aux toilettes**

- auto-sondage obligatoire pour évacuer les urines. En extérieur, utilisation des toilettes pour handicapés
- pour les selles, besoin de suppositoire (Lecicarbon) et/ou du toucher rectal. Action programmée le matin avant la douche
- capable d'effectuer le transfert de la chaise roulante au siège WC et réciproquement. Ces trois actions sont faites par moi-même
- en cas de fuites, besoin d'une aide
- ces actions ne sont pas naturelles, elles doivent être programmées dans la journée

**6. se déplacer**

- je ne me déplace qu'en chaise roulante
- de manière autonome à l'intérieur de l'appartement
- à l'extérieur, j'ai besoin de l'aide d'une personne pour les déplacements en voiture, en train, dans les gares sans ascenseur, impossibilité de monter les rampes ou de surmonter tout autre obstacle architectural

- pour les contacts sociaux, j'ai besoin du même type d'aide que pour les déplacements extérieurs »

Par lettre du 1<sup>er</sup> février 2016, l'assuré, représenté par Me Michael Bütikofer a sollicité de J.\_\_\_\_\_ qu'elle réévalue son degré d'impotence, estimant avoir droit à une allocation pour impotent de degré moyen.

Par décision du 25 février 2016, J.\_\_\_\_\_ a reconnu à l'assuré une impotence de faible degré dès le 1<sup>er</sup> mars 2015. En substance, l'assureur-accidents a considéré que l'intéressé avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour deux actes ordinaires de la vie, à savoir « se lever/s'asseoir/se coucher » et « se déplacer », mais non pour quatre actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « s'alimenter », « pourvoir à son hygiène corporelle » et « satisfaire ses besoins corporels (aller aux toilettes) ». Cela justifiait une allocation pour impotent de degré faible, que J.\_\_\_\_\_ a fait débiter au 1<sup>er</sup> mars 2015, l'assuré étant rentré à son domicile le 17 mars 2015. Compte tenu de la modification - intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 2016 - du montant maximum du gain journalier assuré, l'intéressé avait en définitive droit à une allocation mensuelle pour impotent de 692 fr. du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2015 et de 812 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Par rapport du 15 mars 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de l'Institution [...], a notamment écrit, sous l'anamnèse systématique, que l'assuré effectuait une vidange intestinale au rythme d'une fois par jour, après application d'un suppositoire Lecicarbon et par toucher rectal, étant précisé qu'une évacuation digitale était rarement nécessaire. Concernant la « mobilisation », l'intéressé était mobilisé toute la journée dans son fauteuil roulant manuel, faisait les transferts seul et sans moyen auxiliaire et marchait dans le cadre thérapeutique au moyen d'un déambulateur. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué, ensuite des examens menés au niveau urologique, que l'assuré vidait sa vessie cinq fois par jour au moyen d'auto-sondages. Le bilan urodynamique démontrait une vessie neurogène avec un détruseur hyperactif. Une injection de toxine botulinique dans le détruseur

avait été effectuée en août 2015, suite à laquelle l'intéressé était continent. Actuellement, ce dernier rapportait des incontinences. Une nouvelle injection de toxine botulinique dans le détruseur était recommandée, ensuite de quoi il conviendrait de contrôler l'efficacité d'une telle thérapie, étant précisé qu'une injection était déjà planifiée auprès de l'urologue traitant de l'assuré.

Le 12 avril 2016, l'assuré, par son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée. En substance, il a fait valoir qu'il avait besoin de façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour accomplir, en sus des deux actes ordinaires de la vie « se lever/s'asseoir/se coucher » et « se déplacer », les actes « se vêtir/se dévêtir » et « pourvoir à son hygiène corporelle », de sorte qu'une allocation pour impotent de degré moyen devait lui être octroyée. Etaient joints à cette opposition une procuration, la décision contestée, une ordonnance non datée de la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, pour des mi-bas de contention de classe 1, ainsi que le plan d'intervention du Centre médico-social [...] (ci-après : CMS) à jour au 22 mars 2016, dans lequel les remarques suivantes ont été faites sous la rubrique des « soins de base » (sic) : « M met un suppo sur les toilettes et les selles viennent naturellement. Transfert sur sa chaise roulante et transfert sur la chaise de douche. M fait le transfert presque tout seul mais a besoin d'aide pour être sécurisé. Aider M a s'installer sur la chaise de douche. M se lave seul mais a besoin d'aide pour le dos, jambes et pieds. M se lave les cheveux. Aide pour sécher les jambes et pieds. Mettre un linge sur la chaise roulante et sécuriser le transfert de la douche. M a des chaussettes anti glisse pour le transfert. Aider M a se habiller. Aider M a mettre les bas de contention. [...]. M a un traitement pour l'unycomicose limer les ongles et application du vernis ». Il y est également indiqué, sous la rubrique « observations », que, le 3 février 2016, l'assuré avait arrêté de prendre du Torem après quatre jours et que les fuites urinaires étaient difficiles à gérer. Le 10 février 2016, il avait arrêté le Torem car il y avait eu beaucoup de « fuites urinaires en urgence ». Le 22 février 2016, le collaborateur du CMS avait observé des mycoses sur les ongles des pieds de l'intéressé et avait coupé ces derniers. Le 23 février 2016, l'assuré

n'avait pas le moral car il avait eu des fuites urinaires pendant la nuit. Le 2 mars 2016, le collaborateur avait mis le traitement contre la mycose des ongles des pieds, étant précisé qu'il fallait le faire chaque mercredi. Le 14 mars 2016, le collaborateur avait écrit ce qui suit (sic) : « AVQ: M s'est douché sans mon aide il arrive bien à faire son transfert, la seule chose c'est pour l'habillage c'est plus difficile pour lui de faire car ses jambes flageole à voir ».

Par décision sur opposition du 25 mai 2016, J.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition susmentionnée.

Par rapport du 1<sup>er</sup> juin 2016 ensuite d'une consultation du 31 mai 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit :

« [...]

J'ai revu ce jour M. Q.\_\_\_\_\_, venu seul à ma consultation, en utilisant les transports publics. J'ai rencontré aujourd'hui un patient en bon état de santé physique et psychologique, positif, concerné, capable de se projeter dans l'avenir. M. Q.\_\_\_\_\_ me décrit une amélioration lente et constante de la neurologie, cependant sans nouveau seuil fonctionnel passé, avec une mobilité améliorée de la jambe D, encore et toujours plus faible que la G [gauche], lui permettant dorénavant de se lever et de faire 40 à 50 mètres à l'aide du déambulateur. L'équilibre reste fortement déficitaire, le patient doit se stabiliser avec les bras. La spasticité est décrite comme encore et toujours problématique, principalement lors de la marche, provoquant une extension du pied. M. Q.\_\_\_\_\_ continue à faire des séances de physiothérapie régulières, à raison de 3x/semaine, en alternant des traitements en piscine, lui permettant de marcher dans l'eau en avant et en arrière, avec des thérapies individuelles, combinant des exercices, étirements, de mobilisation, avec du standing et du Giger. La spasticité reste un problème, surtout lors de la marche, avec une composante d'extension, cotée ce jour à Ashworth 3. La fonction de la main s'est encore légèrement améliorée, le patient continue à effectuer régulièrement des exercices à domicile, concernant principalement l'extension des doigts. [...] M. Q.\_\_\_\_\_ décrit la sensibilité comme étant en légère amélioration, diminuée dès la dermatome C5, avec une accentuation des troubles sensitifs dans les MI. [...] L'autonomie du patient est optimale au vu de la tétraplégie, avec un score SCIM autour de 60/100 pts. Le patient étant autonome pour la majorité des activités de la vie quotidienne, il a cependant besoin d'assistance régulière, puisque le moindre problème (infection, douleurs articulaires, etc.) peut suffire pour réduire considérablement son autonomie.

Concernant les troubles neurogènes de la fonction intestinale, le patient va régulièrement à selle tous les matins, avec un

suppositoire de Lecicarbon. Il effectue un TR de contrôle selon les besoins. Pas de fuite, pas de sang dans les selles, pas de douleur.

Concernant les troubles neurogènes de la fonction vésicale, M. Q.\_\_\_\_\_ procède, malgré sa tétraplégie, à des autosondages intermittents 4 à 5 x/jour. Les volumes évacués fluctuent entre 1 et 1,5 l/jour. M. Q.\_\_\_\_\_ décrit nouvellement ressentir une sensation de réplétion, qui le réveille même la nuit, lui permettant à ce moment-là d'effectuer des autosondages intermittents. Il [sic] a donc dernièrement plus eu de fuite. Au vu de la vessie hyperactive, une injection de Botox avait été effectuée le 26.08.2015, ce traitement n'a pas été répété depuis. Le patient n'ayant pas souffert de fuite, il ne s'est pas manifesté. J'ai profité de cette consultation pour rappeler à M. Q.\_\_\_\_\_ que des pressions élevées au niveau de la vessie peuvent être muettes, et que, au vu des troubles spastiques existants, une hyperactivité avec une dyssynergie doivent être craintes et contrôlées. J'ai donc recommandé à M. Q.\_\_\_\_\_ d'effectuer prochainement un bilan urodynamique, raison pour laquelle je demande à notre collègue, le Dr [...], de bien vouloir convoquer le patient pour effectuer ce bilan et éventuellement reprendre des traitements soit par Botox soit par anticholinergiques (M. Q.\_\_\_\_\_ ayant reçu du Vesicare en attendant l'injection), selon son évaluation.

[...]

Concernant le domicile, les transformations ont été effectuées, spécialement au niveau de la salle de bains. Les couloirs restent un peu étroits, la situation n'est pas absolument idéale, raison pour laquelle le couple [...] réfléchit à un possible déménagement. [...]

Concernant la conduite automobile, le patient prend actuellement des cours d'auto-école à Renens, puisque le préavis sur simulateur avait été positif. L'autonomie au quotidien, ainsi que le rayon d'action vont s'en trouver bien évidemment augmentés. M. [...] prendra ensuite contact avec les spécialistes d' [...] pour procéder à l'aménagement d'un véhicule futur.

[...]

J'ai donc constaté ce jour une situation stable, avec une neurologie encore en léger progrès, sans que nous puissions nous attendre à des changements spectaculaires dans les prochains mois. Si un potentiel continue à exister pour améliorer la marche et augmenter un tout petit peu l'endurance, je ne pense pas que la situation va dramatiquement changer. Il sera cependant peut-être utile de procéder d'ici quelque temps à un séjour de ré-réadaptation pour travailler de façon plus intensive sur la marche pour augmenter la stabilité et l'endurance. [...] »

**C.** Par acte du 27 juin 2016, Q.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Michael Bütikofer, a recouru contre la décision sur opposition susmentionnée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de

l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen rétroactivement au 1<sup>er</sup> mars 2015, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Il a pour l'essentiel fait valoir qu'il ne pouvait non seulement pas effectuer les actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « se déplacer », mais ne pas être non plus en mesure d'effectuer les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes ». A titre de mesures d'instruction, le recourant a sollicité l'audition de son épouse en qualité de témoin. En outre, il a produit huit pièces avec son recours, toutes figurant déjà au dossier (savoir en particulier le rapport du 25 septembre 2015 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ et des Drs K. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ de la R. \_\_\_\_\_, l'ordonnance non datée de la Dresse W. \_\_\_\_\_, ainsi que le rapport du 19 août 2015 ensuite d'un bilan urodynamique de la Dresse M. \_\_\_\_\_), à l'exception du plan d'intervention du CMS, qu'il a produit à nouveau, mais dans sa version au 27 juin 2016. Il en ressort notamment, outre les éléments déjà évoqués, que, le 13 avril 2016, la douche avait été faite rapidement avec une bonne participation de l'intéressé et que, le 20 avril 2016, la douche du jour avait nécessité une aide pour les pieds et le dos et que les soins des pieds avaient été faits le matin même (antimycosique), ceux-ci devant s'effectuer une fois par semaine selon l'intéressé.

Dans sa réponse du 9 août 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours

(art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer.

**b)** Ayant été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est dès lors recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré moyen avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> mars 2015, en lieu et place de l'allocation de degré faible dont il bénéficie depuis cette date.

**3.** En cas d'impotence (art. 9 LPGA), l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). 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 (art. 9 LPGA).

Selon l'art. 38 al. 1 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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.

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 (art. 38 al. 2 OLAA).

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ou (b) 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 (art. 38 al. 3 OLAA).

L'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ou (b) d'une surveillance personnelle permanente ou (c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité ou (d) 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 (art. 38 al. 4 OLAA).

D'après la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2 p. 463 ; 127 V 94 consid. 3c p. 97 ; 125 V 297 consid. 4a p. 303 et les références citées), sont déterminants les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir, se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux W.-C. ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts.

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 p. 148). 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 (TFA H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b [RCC 1983 p. 71] ; TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.4 ; 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). Enfin, le besoin d'une aide doit être admis même si l'assuré peut encore accomplir une fonction partielle, lorsque celle-ci ne lui sert plus à rien (ATF 117 V 146 consid. 3b p. 151 ; TF 8C\_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3).

Il convient en outre de rappeler que si certains actes sont rendus plus difficiles ou mêmes ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence, l'assuré devant faire tout ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 117 V 146 consid. 2 ; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2.3 ; 8C\_437/2009 du 3 décembre 2009 consid. 5.5).

**4.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu ; sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a), lequel comprend en particulier l'obligation pour les parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 125 V 193 consid. 2 et les références citées).

**5.** En l'occurrence, l'intimée a reconnu le droit au recourant à une impotence de degré faible, admettant le besoin d'aide régulière et importante d'un tiers dans l'accomplissement de deux actes ordinaires de la vie, à savoir l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », et l'acte « se déplacer », et ce avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2015. Le *dies a quo* du droit à l'allocation pour impotent n'est, à juste titre, pas contesté par le recourant, et correspond à la date du retour à son domicile, le 17 mars 2015. Il n'y a pour le surplus pas lieu de remettre en cause le besoin d'aide reconnu dans les deux actes précités.

Sont par contre litigieux les points de savoir si le recourant a besoin d'une aide régulière et importante pour les actes suivants :

- se vêtir/se dévêtir ;

- faire sa toilette ;
- aller aux toilettes.

**a/i)** S'agissant en premier lieu de l'acte se vêtir/se dévêtir, le recourant fait valoir d'une part qu'il présente des spasmes aux membres inférieurs, comme indiqué dans le plan d'intervention du CMS, qui l'empêchent d'enfiler un slip, un pantalon ou de mettre des chaussures de façon autonome. En outre, il explique que seuls des bas de contention lui permettent d'éviter de présenter des œdèmes aux membres inférieurs. Or ces derniers sont très difficiles à enfiler et ôter, même pour une personne valide. Il se réfère dans ce contexte à l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS (ordonnance fédérale du DFI [département fédéral de l'intérieur] du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), en faisant valoir que les soins de base sont composés comme suit : « *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* ». Il en déduit que cette énumération est en grande partie identique aux six actes ordinaires de la vie. A ses yeux, l'acte de mettre ses bas de compression figurant dans la liste des soins de base de l'OPAS, et dès lors que les assureurs-accidents sont tenus de couvrir les soins de base, il y a lieu de retenir un empêchement dans l'acte « se vêtir/se dévêtir ».

S'agissant des difficultés pour mettre un slip, un pantalon ou des chaussures de façon autonome, il y a lieu de constater que, lors de son second passage auprès de la R.\_\_\_\_\_, des difficultés pour l'habillage du bas du corps avaient parfois été observées par l'ergothérapeute en fin de prise en charge, l'intéressé n'ayant cependant pas souhaité revoir les techniques de facilitation (cf. rapport de l'ergothérapeute S.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2015). La physiothérapeute avait, quant à elle, considéré que l'intéressé était autonome pour s'habiller en fin de séjour (cf. rapport non daté de la physiothérapeute N.\_\_\_\_\_). Plus tard, le Dr L.\_\_\_\_\_ a

rapporté les propos du recourant, selon lesquels il avait pu récupérer beaucoup de la motricité des mains et des jambes grâce à sa bonne prise en charge ; il réglait toutes les tâches quotidiennes, soit notamment fermer des boutons (cf. rapport du 4 novembre 2015). Le 31 mai 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_ a enfin constaté une situation stable, avec une neurologie encore en léger progrès (cf. rapport du 1<sup>er</sup> juin 2016).

Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne ressort pas des pièces au dossier qu'il aurait besoin de façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour s'habiller, particulièrement pour enfiler un slip, un pantalon ou mettre des chaussures. En effet, l'ergothérapeute précise que ces difficultés ont uniquement été parfois observées. En outre, il est certes indiqué dans le plan d'intervention du CMS qu'il convient d'aider le recourant à s'habiller, mais des difficultés concrètes pour l'habillement n'ont été relevées qu'à la seule date du 14 mars 2016. Partant, la condition de la régularité du besoin n'est pas réalisée.

De plus, en ne souhaitant pas revoir avec l'ergothérapeute les techniques facilitant l'habillement, le recourant n'a pas fait tout ce que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité, contrairement à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3 *supra*).

Quoiqu'il en soit, force est de constater que l'ergothérapeute n'évoque aucunement une impossibilité à effectuer l'habillement du bas, mais uniquement des difficultés. Par ailleurs, l'aide à l'habillement mentionnée dans le plan du CMS ne signifie pas encore que l'intéressé est incapable de s'habiller seul, mais peut s'expliquer, par exemple, par le fait qu'il présente quelques ralentissements occasionnels lors de l'habillement justifiant, pour le CMS, de lui venir en aide. Cette appréciation tend à être confirmée par le fait que l'épisode du 14 mars 2016 rapporté dans le plan d'intervention ne porte également que sur des difficultés à l'habillement, et non sur une impossibilité. Or, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3 *supra*), le fait que des actes soient rendus plus difficiles ou

ralentis par l'infirmité ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence.

Au contraire de ce que soutient le recourant, la physiothérapeute a considéré qu'il était autonome pour s'habiller. Il ressort en outre des rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2015 et Dr K. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2016 que l'état de l'intéressé va en s'améliorant, le Dr L. \_\_\_\_\_ précisant que celui-ci est notamment capable de fermer les boutons.

Force est ainsi de constater que le recourant est en mesure de se vêtir/dévoiler, à tout le moins en faisant tout ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui, tel que notamment porter des vêtements appropriés (TF 9C\_374/2011 du 12 décembre 2011).

**ii)** Concernant les bas de compression et l'argumentation en lien avec l'OPAS développée par le recourant, il y a tout d'abord lieu de rappeler qu'il a été jugé que l'allocation pour impotent de l'AVS/AI et les prestations de soins prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS sont de nature foncièrement différente : alors que la première est une prestation en espèces calculée indépendamment du coût effectif des services fournis par des tiers mais en fonction du degré d'impotence, les secondes sont des prestations en nature sous la forme d'un remboursement tarifaire des frais effectifs occasionnés par les soins administrés, selon le système du tiers payant (art. 42 al. 2 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Aussi, l'allocation pour impotent de l'AVS/AI et l'ensemble des prestations de soins prévues à l'art. 7 al. 2 OPAS ne peuvent-elles pas être qualifiées de prestations de même nature (ATF 127 V 94 consid. 3d). En outre, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, si les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS recourent partiellement les actes ordinaires de la vie à prendre en compte lors de la détermination du degré d'impotence, les premiers ne sauraient en aucun cas être assimilés aux seconds (TF 9C\_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.3). Le recourant ne saurait ainsi se prévaloir de l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS.

Ensuite, en matière d'assurance-accidents, la distinction est faite entre les soins à domicile médicaux - avec ou sans but thérapeutique - et les soins à domicile non médicaux - comprenant l'aide personnelle fournie à l'assuré pour les actes ordinaires de la vie (sois corporels, nourriture, par exemple) ainsi que l'aide dans l'environnement de l'assuré (par exemple, tenue du ménage) - (ATF 116 V 41 consid. 5 ; TF 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 2.2).

Comme on l'a vu, l'incapacité à accomplir de manière autonome des actes ordinaires de la vie - nécessitant des soins à domicile non médicaux - peut donner droit à une allocation pour impotent fondée sur les art. 26 LAA et 38 OLAA (cf. consid. 3 *supra*). Quant aux soins à domicile médicaux, s'ils peuvent certes - lorsque leur intensité est suffisante - contribuer à justifier une allocation de degré faible ou grave (cf. art. 38 al. 2 et 4 OLAA ; « soins permanents » ou « soins particulièrement astreignants »), leur éventuelle prise en charge relève néanmoins fondamentalement des art. 10 LAA - respectivement 21 al. 1 let. d LAA lorsqu'une rente est fixée - et 18 OLAA (ATF 116 V 41 consid. 5 et 6 ; TF 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 2.2). Ainsi que cela ressort de ce qui précède, les soins médicaux à domicile ne sauraient, en tous les cas, être compris dans les actes ordinaires de la vie.

En l'occurrence, le recourant sollicite que lui soit reconnue une impotence de degré moyen. Or, les soins médicaux ne sont pas un élément à prendre en compte dans ce cadre à teneur de l'art. 38 al 3 OLAA. Ainsi, l'éventuelle impossibilité pour le recourant d'enfiler et d'ôter seul les bas de contention ne devra être prise en compte en l'espèce que si ces actions relèvent d'actes ordinaires de la vie, mais non si elles relèvent de soins médicaux à domicile. Il convient dès lors de trancher la nature du fait d'enfiler et d'ôter des bas de contention.

Il y a lieu de préciser tout d'abord que le recourant ne prétend pas qu'il serait incapable d'enfiler et d'ôter tout type de chaussettes - à juste titre dans la mesure où une telle incapacité ne ressort aucunement

des pièces au dossier –, ce qui relèverait à l'évidence des actes ordinaires de la vie.

Or la situation concernant le recourant est autre, dans la mesure où il allègue une incapacité de se vêtir et se dévêtir concernant uniquement des bas de contention. Le fait de mettre et enlever de tels bas ne saurait toutefois être considéré comme relevant des actes ordinaires de la vie, à savoir ceux que tout individu pourrait être amené à effectuer tous les jours sans prescription médicale en ce sens. Lesdits bas de contention ne servent pas non plus à la préservation d'un acte ordinaire de la vie (telle une prothèse permettant de marcher). Ainsi qu'alléguée par le recourant, leur finalité est – au contraire – médicale, les bas ayant pour but de lui éviter de présenter des œdèmes aux membres inférieurs. Partant, le fait de ne pas pouvoir enfiler et ôter des bas de contention ne relève pas d'actes ordinaires de la vie et ne doit dès lors pas être pris en compte pour déterminer si le recourant présente un degré d'impotence moyen. Ces actions doivent au contraire être considérées comme relevant des soins médicaux à domicile, pouvant – cas échéant – être pris en charge par l'intimée sur la base des art. 10 LAA, respectivement 21 al. 1 let. d LAA lorsqu'une rente est fixée, et 18 OLAA.

**iii)** Compte tenu de ce qui précède, l'aide importante et régulière d'autrui pour accomplir l'acte se vêtir/se dévêtir doit être niée au recourant.

**b)** L'intéressé fait ensuite valoir que l'acte « faire sa toilette » aurait également dû être retenu, dans la mesure où il ne parvient pas à faire sa toilette de façon autonome. Il allègue en effet ne pas pouvoir se laver les pieds et les jambes en raison de son handicap, ni prendre un bain, et avoir besoin d'une surveillance permanente lorsqu'il se douche, se prévalant à cet égard du plan d'intervention du CMS à jour au 27 juin 2016. Il dit avoir en outre besoin d'aide pour se couper les ongles de pied et sécher la peau entre les orteils, présentant à ce niveau des mycoses qu'il ne peut pas traiter seul. Il explique enfin avoir besoin d'aide pour son

transfert du fauteuil à la douche, se prévalant des arrêts TFA I 214/03 du 3 septembre 2003 consid. 3.2 et H 128/03 du 4 février 2004 consid. 4.

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de considérer que le besoin d'aide lors de la coupe des ongles ou lors de la pose de vernis sur les ongles ne joue aucun rôle dans la détermination du degré d'impotence, étant donné que cette aide n'est pas nécessaire quotidiennement (TF 9C\_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 6.2 ; 9C\_373/2012 du 22 août 2012 consid. 4.2). Par suite logique, le recourant ne saurait ainsi se prévaloir du besoin d'aide pour se couper les ongles des pieds, pour le contrôle de la peau et pour la pose de vernis anti-mycose (sans qu'il soit nécessaire de déterminer si la pose d'un tel vernis relève de soins médicaux à domicile), cette aide n'étant pas nécessaire quotidiennement.

En outre, s'agissant du besoin d'aide pour effectuer le transfert du fauteuil à la douche, il y a lieu de rappeler que le recourant s'est vu reconnaître un besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » et que cet acte comprend notamment l'aide pour effectuer les transferts. Partant, on ne saurait retenir une deuxième fois l'acte partiel des transferts pour considérer que l'intéressé est impotent dans l'acte « faire sa toilette » (cf. TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 4.2).

En ce qui concerne l'incapacité du recourant à accomplir de manière autonome les actes partiels de se laver les pieds et les jambes, prendre un bain, se sécher la peau entre les orteils ou encore son besoin de surveillance permanente lorsqu'il se douche, l'intéressé invoque uniquement le plan d'intervention du CMS pour justifier ces incapacités. Il y a lieu de constater qu'une dépendance pour l'acte se laver a été évoquée une seule fois par le corps médical, savoir le 20 août 2014 par les H.\_\_\_\_\_, soit un mois après l'accident de VTT et avant le premier séjour à la R.\_\_\_\_\_. Depuis lors, plus aucun médecin, physiothérapeute ou ergothérapeute n'a relevé des difficultés pour faire sa toilette. Au contraire, par rapport du 23 février 2015 déjà, les Dresses M.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ indiquaient que l'intéressé pouvait pourvoir seul à son hygiène corporelle dans un environnement adapté. Dans leur rapport final du

24 mars 2015, les Dresses M.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ et le Dr K.\_\_\_\_\_ ont d'ailleurs écrit que l'intéressé était indépendant pour la toilette. Par rapport final du 25 septembre 2015, la Dresse M.\_\_\_\_\_ et les Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont relevé qu'en fin du second séjour à la R.\_\_\_\_\_, tant dans le cadre de la prise en charge d'ergothérapie que de physiothérapie, le recourant était indépendant dans les activités de la vie quotidienne, l'ergothérapeute évoquant des difficultés occasionnelles surtout pour l'habillage du bas du corps et la gestion des soins d'élimination, mais aucunement pour le fait de se laver. En outre, à la lecture du rapport du 1<sup>er</sup> juin 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_, on constate que le recourant n'avait pas évoqué d'impossibilité à effectuer certains actes dans le cadre de « faire sa toilette » lors de la consultation du 31 mai 2016, alors que le sujet de la salle de bains avait été abordé, l'intéressé indiquant que les transformations avaient été effectuées mais que les couloirs restaient étroits.

Par ailleurs, à l'instar de ce qui a été retenu pour l'acte « se vêtir/se dévêtir », force est de constater que le plan d'intervention du CMS ne permet pas non plus de considérer que le recourant est impotent pour l'acte « faire sa toilette ». En effet, le fait qu'il y soit indiqué qu'il faille venir en aide à l'intéressé pour différents actes partiels relatifs à la toilette ne signifie pas encore que celui-ci est incapable de les effectuer de manière autonome, éventuellement avec plus de difficultés cependant. Or, le collaborateur du CMS a précisément écrit, pour le 14 mars 2016, que le recourant s'était douché sans son aide et qu'il arrivait bien à faire son transfert. L'intéressé n'est ainsi pas incapable de se laver seul ; le plan d'intervention du CMS ne permet en effet pas de l'établir au stade de la vraisemblance prépondérante. Outre la douche du 14 mars 2016, le plan d'intervention du CMS n'évoque que deux autres épisodes en relation avec le fait de faire sa toilette. Le 13 avril 2016, la douche avait ainsi été faite rapidement avec une bonne participation de l'intéressé et, le 20 avril 2016, la douche du jour avait nécessité une aide pour les pieds et le dos. Partant, même si l'on devait considérer que l'aide du CMS était parfois nécessaire pour effectuer la douche du recourant (par exemple selon son état de fatigue), il faudrait de toute manière considérer que la condition de

la régularité du besoin ne serait pas réalisée, un tel besoin d'assistance devant être pratiquement quotidien (TF 9C\_373/2012 du 22 août 2012 consid. 4.2).

Compte tenu de ce qui précède, l'aide importante et régulière d'autrui pour accomplir l'acte faire sa toilette doit être niée au recourant.

**c)** Dans un dernier moyen, le recourant allègue avoir besoin d'aide pour l'acte « aller aux toilettes », devant utiliser un cathéter pour uriner et devant se sonder toutes les quatre heures avec deux sondages nocturnes selon le bilan urodynamique de la R. \_\_\_\_\_ du 18 août 2005, soit au moins six fois par jour.

Il se prévaut à cet égard de l'arrêt TF 8C\_674/2007 du 6 mars 2008, ainsi que des ATF 121 V 88 et 106 V 153, expliquant pour le surplus présenter des fuites urinaires, se disant dépendant de l'aide d'autrui pour se laver, faire son lit et changer de vêtements.

En l'occurrence, il est constant que le recourant doit procéder à des auto-sondages intermittents pour vider sa vessie et qu'il est autonome pour y procéder, l'intéressé ne contestant pas ce point. S'agissant de la fréquence des auto-sondages, il ressort des rapports rendus ensuite du premier séjour du recourant à la R. \_\_\_\_\_ que celui-ci se sondait alors toutes les quatre heures (rapport du 23 février 2015 des Dresses M. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ et rapport final du 24 mars 2015 des Dresses M. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ et du Dr K. \_\_\_\_\_). Lors du second séjour à la R. \_\_\_\_\_ et par rapport du 19 août 2015 ensuite du bilan urodynamique du 18 août 2015, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant, ensuite de l'injection de toxine botulinique intra-détrusorienne du 20 février 2015, avait l'habitude de se sonder quatre fois par jour, sans sondage la nuit. Au moment de la rédaction dudit rapport, il se sondait toutes les quatre heures avec deux sondages nocturnes. Le journal mictionnel du 13 au 17 août 2015 montrait en outre entre quatre à six sondages diurnes et deux sondages nocturnes. Dans son rapport du 15 mars 2016, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressé vidait sa vessie

cinq fois par jour au moyen d'auto-sondages. Enfin, dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ a écrit que le recourant procédait à des auto-sondages intermittents quatre à cinq fois par jour.

Compte tenu de ce qui précède, et en particulier des deux derniers rapports mentionnés, on peut estimer que le recourant procède actuellement à environ cinq sondages par jour.

Le Tribunal fédéral, dans l'arrêt TF 8C\_674/2007 du 6 mars 2008 consid. 6, a eu à connaître du cas d'un assuré qui devait utiliser un cathéter six fois par jour pour vider sa vessie et a estimé que cela devait être considéré comme étant une manière inhabituelle d'aller aux toilettes. Il se justifiait ainsi de retenir que l'intéressé ne pouvait pas accomplir l'acte ordinaire de la vie « aller aux toilettes », quand bien même l'exigence du besoin de l'aide d'un tiers faisait défaut.

L'intimée objecte l'arrêt TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5, qu'elle présente comme précisant la jurisprudence précitée. A teneur de cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que 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. Cet aspect ne saurait être négligé dans l'acte consistant à aller aux toilettes, qui doit être considéré comme un acte à part entière comprenant plusieurs fonctions partielles. S'agissant de cet acte, il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, se rhabiller ou l'aider pour s'asseoir ou se relever, ou encore lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes [par exemple apporter le vase de nuit et le vider, apporter un urinal, l'ajuster pour l'assuré, apporter une aide régulière pour uriner] (TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5.3 et les références citées, soit notamment le ch. 8021 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Ensuite, dans son arrêt du 6 décembre 2013, le Tribunal fédéral a retenu que les exemples de situations mentionnés ci-dessus où il y a impotence en ce qui concerne l'acte consistant à aller aux toilettes montrent bien en quoi

consiste le besoin de l'aide d'un tiers. Ainsi, on admet qu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes par exemple si un tiers apporte le vase de nuit et le vide, apporte un urinal, l'ajuste pour l'assuré, ou apporte une aide régulière pour uriner. Le Tribunal fédéral a ainsi estimé que, dans le cas d'espèce, l'assurée était autonome. Elle n'avait donc pas besoin d'une aide régulière pour uriner ou aller à selle. Même si l'assurée devait procéder à une extraction manuelles des selles, l'actes consistant à aller aux toilettes pouvait encore, dans son ensemble, être accompli par elle d'une façon qui ne pouvait être qualifiée de non conforme à la dignité humaine (TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5.4 et la référence citée).

A la lecture de ce qui précède, la question se pose de savoir si le Tribunal fédéral, par son arrêt TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013, a entendu préciser que, dorénavant, il ne pourrait plus être considéré que l'assuré procède à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes lorsqu'il peut le faire de manière autonome, contrairement à ce qui avait été retenu notamment dans l'arrêt TF 8C\_674/2007 du 6 mars 2008 précité. Or, il ne semble pas que le Tribunal fédéral ait voulu fermer totalement cette possibilité. En effet, lorsqu'il rappelle la jurisprudence topique, il indique qu'il y a « impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour [différents actes], ou encore lorsqu'il faut procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes » et non pour procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes. La structure de cette phrase laisse ainsi apparaître que le besoin d'aide d'un tiers ne s'applique pas nécessairement au fait de devoir procéder à une manière inhabituelle d'aller aux toilettes. Ensuite, l'énumération des manières inhabituelles d'aller aux toilettes et nécessitant l'aide d'un tiers est clairement donnée à titre exemplatif. On ne saurait en tout cas tirer de la formulation des consid. 5.3 et 5.4 que l'évocation de ces exemples épuiserait la définition de la notion de « manière inhabituelle d'aller aux toilettes » en excluant toute acte qui ne nécessiterait pas l'assistance d'un tiers. Dans sa subsomption, le Tribunal fédéral se prononce en définitive tant sur le fait que l'assurée n'a pas besoin d'une aide régulière pour uriner ou aller à selle, soit sur le caractère autonome de l'acte, que sur le fait que

l'extraction manuelle des selles ne pouvait être qualifiée de non conforme à la dignité humaine (TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 consid. 5.4). Il semble ainsi toujours y être fait une distinction entre la nécessité de l'aide régulière pour effectuer l'acte et sa qualification de non conforme à la dignité humaine, laissant ainsi la jurisprudence susmentionnée (TF 8C\_674/2007 du 6 mars 2008 consid. 6) en lien avec l'utilisation d'un cathéter toujours d'actualité.

Il y a encore lieu de relever que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est arrivé à la même conclusion puisqu'il a mis à jour le ch. 8021 CIIAI suite à l'arrêt TF 9C\_604/2013 du 6 décembre 2013 (qui faisait lui-même référence à l'ancienne version du ch. 8021 CIIAI dans son consid. 5.3) en faisant coexister cet arrêt avec l'arrêt TF 8C\_674/2007 du 6 mars 2008. En effet, il y est écrit notamment ce qui suit : *« Lorsqu'il est nécessaire d'utiliser un cathéter pour vider la vessie, on est en présence d'une manière inhabituelle de faire ses besoins et il y a lieu de reconnaître l'existence d'une impotence pour cet acte ordinaire de la vie, même si l'exigence de l'aide effective d'un tiers n'est pas remplie (arrêt du TF 8C\_674/2007 du 6.3.2008). Il n'y a pas impotence lorsque l'assuré doit extraire manuellement ses selles du rectum. Cette manière d'accomplir l'acte d'aller aux toilettes ne constitue pas une atteinte à la dignité humaine (arrêt du TF 9C\_604/2013 du 6.12.2013). [...] Si l'assuré n'a pas besoin d'une aide régulière et que l'acte d'aller aux toilettes peut encore, dans son ensemble, être accompli d'une façon qui ne peut être qualifiée de non conforme à la dignité humaine, il n'y a pas impotence (arrêt du TF 9C\_604/2013) ».*

Partant, en application de l'arrêt TF 8C\_674/2007 du 6 mars 2008 consid. 6, et en accord avec le ch. 8021 CIIAI, il y a lieu de retenir que le fait pour le recourant de devoir s'auto-sonder en moyenne cinq fois par jour pour vider sa vessie relève d'une manière inhabituelle d'aller aux toilettes, quand bien même il n'a pas besoin de l'aide d'un tiers pour l'effectuer. Il y a ainsi lieu de reconnaître l'existence d'une impotence pour cet acte ordinaire de la vie, sans qu'il soit nécessaire d'analyser la question des fuites urinaires invoquées par l'intéressé.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant a besoin d'une aide régulière et importante pour trois actes de la vie ordinaire, à savoir « se lever, s'asseoir, se coucher », « aller aux toilettes » et « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts », de sorte qu'il ne peut prétendre qu'à une allocation pour impotent de degré faible selon l'art. 38 al. 4 OLAA.

**6. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, ni au recourant qui succombe (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (ATF 128 V 323).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 25 mai 2016 par J. \_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Michael Bütikofer (pour le recourant),
- J. \_\_\_\_\_,
- 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 :