

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 avril 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à **W.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 9 LPGA ; 26 LAA ; 38 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé comme liftier/magasinier pour le compte de la société O.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 6 décembre 2014, L.\_\_\_\_\_ a subi un traumatisme crânio-cérébral sévère à la suite d'une altercation. Transporté à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ en état d'inconscience, il a séjourné au Service de médecine intensive jusqu'au 27 décembre 2014 où il a fait l'objet de diverses interventions chirurgicales (drainage d'un hématome sous-dural aigu convexitaire droit par craniectomie décompressive droite et pose d'un capteur de pression intracrânienne le 6 décembre 2014 ; pose d'une dérivation ventriculaire externe dans la corne frontale du ventricule latéral gauche sous neuromonitorage le 15 décembre 2014). Après avoir séjourné au Service de neuroréducation aigüe de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ du 30 décembre 2014 au 4 février 2015, l'assuré a alterné les séjours entre les Services de neuropsychologie/neuroréhabilitation et de neurochirurgie de cet établissement en fonction de l'évolution de son état de santé. Le 2 avril 2015, l'intéressé a bénéficié d'une crânioplastie autologue frontopariétale puis, le 25 mai suivant, d'une évacuation avec débridement d'abcès épidual et épicroânien ainsi qu'un retrait du volet osseux en raison d'une infection de la crânioplastie. Le 11 août 2015, L.\_\_\_\_\_ a été transféré au Service de neurochirurgie de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ en vue d'une crânioplastie hétérologue à la suite d'un abcès épidual et épicroânien sur infection du volet osseux.

Dans un rapport du 31 août 2015 au médecin responsable du Service de neurochirurgie de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, les Drs V.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé, cheffe de clinique adjointe et médecin assistant au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, ont écrit ce qui suit sous l'intitulé « Synthèse - évolution et discussion » :

Nous vous transférons le patient comme convenu ce jour pour une crânioplastie. A signaler qu'il n'a fait aucun progrès dans notre service en physiothérapie, ergothérapie et neuropsychologie depuis son retour dans notre service le 29.05.2015, après sa chirurgie.

Le patient est dépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne et les transferts se font avec la cigogne ou avec deux personnes. Il se déplace avec un fauteuil roulant confort, toujours poussé par un membre de notre équipe. Il ne peut pas propulser. La marche est impossible.

Le patient a une contention abdominale au lit et au fauteuil, pour agitation, risque de chute élevé et idées suicidaires avec scénario et planification (en diminution ces dernières semaines). Il est vu à une fréquence de trois fois par semaine par l'équipe de la psychiatrie de liaison.

Nous avons diminué progressivement les neuroleptiques en accord avec les psychiatres avec pour objectif de les arrêter totalement. Le patient n'a plus que la Quetiapine et le Temesta en réserve.

Le 14 août 2015, L.\_\_\_\_\_ a réintégré le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 21 janvier 2016, les Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont indiqué que, compte tenu de l'évolution favorable aux niveaux neuropsychologique, logopédique, physiothérapeutique et ergothérapeutique, un retour à domicile était envisageable pour le 26 février 2016.

Dans une attestation du 24 février 2016, les Drs V.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont fait état des éléments suivants :

Les médecins soussignés attestent que M. L.\_\_\_\_\_, né le [...] est actuellement hospitalisé dans notre service de neuroréhabilitation et ceci jusqu'au 26 février 2016.

M. L.\_\_\_\_\_ présente une tétraparésie spastique, prédominante à gauche ainsi que des troubles cognitifs séquellaires à son traumatisme cranio-cérébral du 06.12.2014 qui, malgré une longue durée d'hospitalisation, persistent en grande partie et qui seront probablement permanents.

Plus précisément, au niveau cognitif il s'agit de :

- Troubles attentionnels : le patient n'arrive pas à maintenir sa concentration sur un sujet, ou une tâche pour une durée normale, ce qui perturbe l'échange avec lui.
- Exécutifs : le patient présente des difficultés pour planifier des tâches, les effectuer étape par étape, effectuer des tâches complexes et trouver des stratégies pour résoudre des problèmes.
- Mnésiques : le patient présente des difficultés pour enregistrer des nouvelles informations et les restituer par la suite. Parfois, l'enregistrement immédiat semble fonctionner, mais le rappel différé dans le temps est déficitaire.
- Comportementaux : le patient présente une baisse de l'inhibition, peut être irritable, voire verbalement agressif, ainsi qu'impulsif, de manière disproportionnée à la situation, suite à son atteinte cérébrale, souvent avec des points de fixation (persévérations) qui peuvent être hors contexte.

Ce sont pour ces raisons que, d'une part, nous préconisons une demande de rente AI pour M. L. \_\_\_\_\_ qui ne pourra plus travailler.

D'autre part, à cause des troubles cognitifs probablement permanents nous considérons qu'il ne pourra pas être entendu utilement devant un juge.

Le 24 mars 2016, un entretien a eu lieu au domicile de l'assuré - en sa présence - entre son épouse et un collaborateur de la CNA. Dans son rapport daté du même jour, ce dernier a indiqué que le diagnostic principal consistait en une tétra-parésie spastique, plus importante à gauche avec une héminégligence gauche, associée à des importants troubles neuropsychologiques. La capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle compte tenu de son état de santé. Les moyens auxiliaires nécessités par son handicap étaient les suivants : deux attelles de cheville (droite et gauche), chaussures spéciales (droite et gauche), chaise roulante en location ainsi qu'une canne. Il a relevé ce qui suit à propos des soins à domicile :

Nous informe que M. L. \_\_\_\_\_ a besoin d'aide de tiers pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Il est pour l'heure exclu de le laisser seul dans son appartement.

J'informe Mme L. \_\_\_\_\_ que la question de l'octroi de l'allocation pour impotent sera examinée lors d'une nouvelle visite et que cette évaluation sera faite par une infirmière de la FSCMA.

Pour l'heure, elle nous explique que son mari a besoin de l'aide du CMS le matin essentiellement. Au départ du CMS, c'est les physiothérapeutes ou ergothérapeutes qui prennent le relais. Les horaires du traitement de physio/ergo sont variables, il arrive qu'ils soient faits l'après-midi également.

Durant le temps où M. L. \_\_\_\_\_ n'est pas en thérapie, c'est son épouse qui le surveille.

Quand Mme L. \_\_\_\_\_ travaille, soit l'après-midi, M. L. \_\_\_\_\_ est assisté par une personne du CMS.

Dans un rapport du 14 avril 2016 à l'intention de la Clinique C. \_\_\_\_\_, les Drs V. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ se sont exprimés en ces termes quant à l'évolution de L. \_\_\_\_\_ sur le plan ergothérapeutique :

**Sur le plan ergothérapeutique**, à l'entrée dans notre service [le 14 août 2015, réd.], M. L. \_\_\_\_\_ présente une collaboration fluctuante, des troubles de l'expression et de la compréhension, ainsi qu'une héminégligence gauche importante. Les transferts lit-FR se font à l'aide d'une personne avec une participation de la part du patient fluctuante. Les transferts WC se font avec une aide complète, M. L. \_\_\_\_\_ ne participe pas. Les retournements au lit sont possibles avec guidance verbale. Le patient est en fauteuil roulant avec une tablette, propulsé par un tiers. L'équilibre assis sans dossier ni appui reste précaire. Comme décrit ci-dessus, le patient présente une atteinte des membres avec un hémisyndrome plus important à gauche. En ce qui concerne l'habillement, pour le tee-shirt, il a besoin d'une guidance verbale pour réaliser toutes les étapes et une guidance physique car il n'intègre pas du tout son MSG. Pour le bas, M. L. \_\_\_\_\_ participe mais il a besoin d'une aide physique pour l'habillement. Pour les soins personnels, le patient a besoin de stimulation verbale. Il a tendance à se précipiter. Pour manger, le patient est capable de boire un verre d'eau et de manger un morceau de gâteau s'il est installé correctement. Pour préparer un café avec les objets préparés sur la table, nécessité de guidance verbale et physique. Il est autonome et indépendant pour émettre / recevoir un appel téléphonique mais il ne peut pas écrire et envoyer un sms.

Nous avons fixé comme objectifs, que M. L. \_\_\_\_\_ puisse réaliser tous les transferts (lit, fauteuil roulant, douche, assis-debout) de manière, autonome, sécuritaire et efficace ; qu'il puisse tenir la position debout statique et dynamique dans les activités de manière autonome, sécuritaire et efficace ; qu'il puisse se laver (haut et bas du corps) dans la baignoire avec la planche de bain de manière autonome, sécuritaire et efficace ; qu'il puisse s'habiller (haut et bas du corps) en position assise de manière autonome, sécuritaire et efficace ; qu'il puisse réaliser ses soins personnels de manière autonome, efficace et en sécurité ; qu'il puisse manger de manière autonome, sécuritaire et efficace ; qu'il soit autonome pour se déplacer en marchant avec une canne de manière autonome, sécuritaire et efficace ; qu'il puisse préparer un repas simple pour trois personnes de manière autonome, efficace et en sécurité ; qu'il puisse réaliser une activité manuelle pendant 1 h 30 de manière autonome, sécuritaire et efficace ; qu'il puisse gérer ses rendez-

vous, être prêt et venir à l'heure de manière autonome, sécuritaire et efficace.

A la fin de l'hospitalisation [le 26 février 2016, réd.], M. L. \_\_\_\_\_ réalise tous ses transferts de manière autonome, sécuritaire et efficace avec un risque acceptable. Il a besoin de barres d'appui pour les WC et la douche. Il peut maintenir la position debout statique et dynamique en activité de manière autonome, sécuritaire et efficace avec un risque acceptable et appuis partiels sur l'environnement. Il sait reconnaître sa fatigue et s'assoit quand il en a besoin. Il se rend et utilise les WC de manière autonome, sécuritaire et efficace avec un risque acceptable. Il a encore besoin de deux barres d'appui de chaque côté des WC. Il gère également ses vêtements et peut s'essuyer de manière autonome. Il est actuellement capable de se laver seul en position assise dans la douche de manière autonome, sécuritaire et efficace avec un risque acceptable. Il a besoin d'une barre d'appui pour sécuriser le transfert et pour faire sa toilette intime en position debout. Il peut s'habiller entièrement seul en position assise sauf pour enfiler ses attelles et ses chaussures pour lesquelles il a besoin d'une aide physique. Lorsque le repas est préparé et servi, M. L. \_\_\_\_\_ peut manger et boire de manière autonome, efficace et sécuritaire.

Persistent des difficultés au niveau des soins personnels, des déplacements, de la préparation d'un repas, de l'activité manuelle et de l'organisation pour être prêt dans les RDV. Plus précisément, M. L. \_\_\_\_\_ a besoin des objets préparés pour se laver les dents et se raser et, parfois, il interrompt l'activité et oublie de la terminer ensuite. Selon sa fatigue, il se déplace de manière autonome, sécuritaire avec un risque acceptable à l'intérieur avec ses attelles et une canne simple. Pour préparer un repas, il peut maintenir son attention pendant trente minutes. Il regroupe, utilise et manie les ingrédients et les objets de manière autonome, efficace et sécuritaire. Il n'anticipe pas, manque de flexibilité et ne gère pas les plaques et la cuisson des aliments. Il a besoin de stimulation verbale et physique importante pour toutes les activités manuelles. Il peut tenir 30 à 45 minutes d'activité sans pause avec stimulation. Il ne se met pas en danger mais manque de motivation pour initier, poursuivre et ajuster les étapes de l'activité. Finalement, M. L. \_\_\_\_\_ ne parvient pas à estimer correctement le temps nécessaire pour réaliser des tâches habituelles et il a des difficultés pour anticiper et s'organiser. Il arrive systématiquement en retard aux séances.

Après une longue période de neuroréhabilitation suite à différentes rechutes sur le plan médical, les objectifs fixés lors de la prise en charge sont globalement atteints et permettent un retour à domicile avec une surveillance et une présence importante.

Nous suggérons une poursuite de la prise en charge ergothérapeutique à raison de deux à trois séances par semaine chez un patient qui présente toujours un bon potentiel de réhabilitation.

Dans un rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> septembre 2016 concernant l'allocation pour impotent, X. \_\_\_\_\_, infirmière auprès de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées

et âgées (FSCMA) a distingué six actes ordinaires de la vie en indiquant pour chacune des fonctions partielles associées si l'assistance d'un tiers était nécessaire ou non puis, le cas échéant, a justifié son point de vue en fournissant des remarques explicatives. Elle s'est ensuite attachée à décrire les divers contacts sociaux de l'assuré avant de s'exprimer sur la question du besoin de surveillance personnelle puis celle des soins durables nécessités par son état.

Le même jour, un entretien a eu lieu entre L.\_\_\_\_\_, son épouse, deux infirmières (CMS et FSCMA) ainsi que deux intervenants de la CNA. Du compte-rendu daté du lendemain, on extrait ce qui suit :

- Il se positionne seul au lit.
- Le haut du corps va bien, mais pas le bas. Il a des difficultés au niveau des jambes. Son pied est toujours tombant. Il peine à marcher sans son attelle, mais il se déplace mieux avec, quand bien même il va tout gentiment et que le déplacement est hésitant. Il fait entre 500-600 mètres en 40 minutes environ (en descente - montée pas testée).
- Il n'est pas complètement autonome pour certains actes courants de la vie (notamment en ce qui concerne la mise des chaussettes, des chaussures, des pantalons, de l'attelle, car il doit se plier en avant et il perd facilement l'équilibre). Il est cependant indépendant pour aller à selles. Voir le rapport FSCMA à ce sujet.

Du 7 novembre au 16 décembre 2016, L.\_\_\_\_\_ a séjourné au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ ensuite d'une prise en charge chirurgicale le 1<sup>er</sup> novembre 2016 au niveau du membre inférieur droit (allongement percutané du tendon d'Achille) en vue d'une réhabilitation à la marche. Dans un rapport du 16 février 2017, les Drs V.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont relevé ce qui suit sur les plans ergothérapeutique et neuropsychologique :

**Sur le plan ergothérapeutique :**

A l'entrée, M. L.\_\_\_\_\_ est indépendant pour effectuer le transfert assis-debout, pour manger, utiliser le téléphone et la préparation d'un café. Il se déplace en fauteuil roulant avec une tablette. Il a besoin d'aide pour l'habillage, les soins personnels.

Nos objectifs sont : qu'il puisse réaliser tous les transferts (lit, fauteuil roulant, douche, assis debout) tenir la position debout

statique et dynamique pendant 45 minutes dans les activités, réaliser une activité manuelle pendant 1 h 30, gérer ses rendez-vous, être prêt et venir à l'heure et qu'il soit autonome pour se déplacer en marchant avec une canne.

Les objectifs sont globalement atteints et permettent au patient de rentrer à domicile avec une surveillance comme auparavant. Nous suggérons une poursuite de la prise en charge ergothérapeutique à raison de une à deux séances par semaine au domicile par l'ergothérapeute du CMS et par les ergothérapeutes de la Fondation Z.\_\_\_\_\_. Les objectifs restant à travailler sont de pouvoir se laver, s'habiller, faire un repas simple, gérer son temps de manière autonome, sécuritaire et efficace.

#### **Sur le plan neuropsychologique :**

L'examen neuropsychologique met en évidence au premier plan des difficultés en mémoire à court terme, de travail et épisodique antérograde verbale, un dysfonctionnement exécutif cognitif et comportemental, des troubles attentionnels latéralisés et non latéralisés. On relève en parallèle : une légère dysarthrie, une écriture altérée, une discrète perturbation de l'imitation de gestes sans signification et des praxies constructives. Les présents résultats sont globalement superposables à ceux obtenus en juin 2016 avec toutefois une régression de la perturbation de l'imitation de gestes sans signification. Le patient bénéficie d'un suivi en ambulatoire.

L.\_\_\_\_\_ a effectué un nouveau séjour au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ du 23 janvier au 9 février 2017, motivé par un reconditionnement à la marche et une réévaluation des moyens auxiliaires. Dans leur rapport du 9 mai 2017, les Drs V.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont rendu compte en ces termes des constatations effectuées sur les plans ergothérapeutique et physiothérapeutique :

**Sur le plan de l'ergothérapie**, à l'entrée il est indépendant pour ses transferts, les repas, l'utilisation de son natel, et il marche de façon autonome avec une canne simple. Il nécessite une légère aide pour la réalisation de la toilette, l'habillage et de stimulation pour les soins personnels.

Nos objectifs sont : travailler les transferts vers et hors de la baignoire avec une planche de bain, les déplacements en transports publics et la préparation des repas.

A la sortie, les objectifs fixés lors de la prise en charge sont globalement atteints et permettent au patient de rentrer à domicile. Cependant, les objectifs de la prise de transports en commun et de la cuisine restent à travailler. Nous suggérons une poursuite de la prise en charge à domicile à raison de une à deux séances par semaine.

**Sur le plan de la physiothérapie**, lors du bilan d'entrée, il est ralenti dans tous ses transferts et ses déplacements. Il marche avec une canne simple, sans attelle, avec un schéma de marche perturbé, un équilibre diminué, une inclinaison du tronc à gauche. Il monte et descend les escaliers avec une rampe sous surveillance.

Nos objectifs sont : travailler un reconditionnement global, le renforcement des membres inférieurs, l'étirement des membres inférieurs et du tronc, améliorer le schéma de marche, la posture et l'équilibre debout statique et dynamique.

A la sortie, les objectifs sont partiellement atteints. Nous recommandons la reprise du suivi habituel en physiothérapie afin de maintenir ses acquis et travailler le schéma de marche avec sa nouvelle attelle.

Par décision du 7 décembre 2017, la CNA a alloué à L. \_\_\_\_\_ une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1<sup>er</sup> février 2016.

Par acte du 4 janvier 2018, complété le 21 février suivant, L. \_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision. Il a allégué être tributaire d'une aide importante et régulière d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie et avoir besoin d'une surveillance personnelle constante. Dans ces circonstances, il estimait remplir les conditions d'une allocation pour impotent de degré grave.

Par décision sur opposition du 14 juin 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Sur la base des éléments au dossier, elle a considéré qu'il n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle permanente d'une intensité telle, ni n'était tributaire de l'aide d'autrui pour accomplir plus de deux actes ordinaires de la vie de façon régulière et importante, de sorte qu'il ne se justifiait pas de lui reconnaître une impotence moyenne, à plus forte raison de degré grave.

**B.** Par acte du 24 juillet 2018, L. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen à partir du 1<sup>er</sup> février 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'assuré a tout d'abord relevé que le besoin d'aide pour l'acte se déplacer (à l'extérieur) était apparemment admis, de sorte qu'il a renoncé à discuter ce point. Il s'est ensuite prévalu du fait qu'il avait besoin d'une aide pour accomplir au moins quatre des actes ordinaires de la vie (s'habiller, manger, se

coucher et faire sa toilette). En ce qui concerne l'acte d'aller à selle, il a indiqué qu'un Microlax était administré une fois par jour pour activer l'évacuation intestinale, ce qui constituait une manière inhabituelle de faire ses besoins. En effet, sans ce suppositoire, il ne pourrait pas aller à selle. Par ailleurs, il a fait valoir que ses troubles mentaux de même que les problèmes d'équilibre présentés nécessitaient une surveillance personnelle permanente. Dans ces conditions, le droit à une allocation de degré moyen devait lui être reconnu. Au surplus, même le Dr V. \_\_\_\_\_ avait admis dans son rapport du 2 novembre 2016 qu'il avait besoin d'aide pour faire sa toilette, se vêtir, aller aux toilettes et se déplacer.

Dans sa réponse du 29 octobre 2018, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a estimé que l'assuré était en mesure d'exécuter seul au moins quatre actes ordinaires de la vie (s'habiller, manger, se coucher et faire sa toilette) et qu'il n'avait pas besoin de surveillance personnelle permanente, qui plus est d'une certaine intensité.

Par réplique du 19 novembre 2018, l'assuré a rappelé que le rapport d'enquête à domicile suffisait pour statuer sur le besoin d'aide, le recours à des documents médicaux ne se justifiant qu'en cas de doutes. En outre, le fait que l'aide soit légère ou non n'était pas déterminant ; seul, le besoin d'aide devait entrer en ligne de compte. Se référant pour le surplus au contenu de son recours, il a déclaré en confirmer les conclusions.

Le 7 août 2018, le dossier de l'assurance-invalidité a été versé à la présente procédure.

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

**1. a)** 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 ; BLV 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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents, singulièrement l'évaluation de son degré d'impotence.

**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 ; 127 V 94 consid. 3c; 125 V 297 consid. 4a 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). 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 ; 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. a)** 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 (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

**b)** 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 LPGA), 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

**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 concernant l'acte ordinaire de la vie consistant à « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts » et ce, avec effet au 1<sup>er</sup> février 2016. 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 de son retour à domicile, le 26 février 2016.

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 ;
- se lever/s'asseoir/se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette ;
- aller aux toilettes.

**a)** S'agissant de l'acte se vêtir/se dévêtir, le recourant fait valoir qu'il dépend de l'aide d'une tierce personne pour mettre les chaussettes, les chaussures, les pantalons et les orthèses aux jambes. De son côté, l'intimée soutient, sur la base du rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 17 janvier 2017, que le recourant est indépendant pour l'habillement. Outre que ce point de vue n'est pas motivé, il est contredit par plusieurs pièces au dossier. Il ressort en effet des rapports des 16 février et 9 mai 2017 que le recourant nécessite de l'aide pour l'habillement. Dans leur rapport du 14 avril 2016, les médecins du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ ont précisé qu'il avait besoin d'une aide physique pour enfiler ses attelles et ses chaussures. L'enquêtrice de la FSCMA a expliqué que la mise des chaussettes, des

chaussures, des pantalons et des orthèses à chaque jambe implique un mouvement consistant à se plier en avant ; or, en raison des problèmes d'équilibre sévères présentés par le recourant, l'exécution de ces gestes était susceptible de le faire chuter, d'où la nécessité de recourir à l'aide physique quotidienne d'un tiers pour l'habillage, plus particulièrement pour les actes précités.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître au recourant une aide régulière et importante pour accomplir l'acte « se vêtir/se dévêtir ».

**b)** S'agissant de l'acte se lever/s'asseoir/se coucher, le recourant fait valoir qu'il a besoin d'aide pour se coucher correctement. Dans leur rapport du 14 avril 2016, les médecins du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ ont relevé qu'à la fin de son hospitalisation, le 26 février 2016, le recourant était en mesure de réaliser tous les transferts de manière autonome, sécuritaire et efficace avec un risque acceptable. Ils ont précisé qu'il savait reconnaître sa fatigue et s'asseyait quand il en avait besoin. En outre, il se positionnait seul au lit ; peu importait qu'il lui arrivait parfois de se coucher en travers du lit. Par ailleurs, il ressort du rapport d'enquête de la FSCMA du 1<sup>er</sup> septembre 2016 que le recourant était en mesure de se lever, de s'asseoir et de se coucher sans aide. Par la suite, les médecins du service précité ont également constaté que le recourant était indépendant pour effectuer tous ses transferts, notamment le transfert assis-debout (cf. rapports des 16 février et 9 mai 2017).

Compte tenu de ce qui précède, il convient de nier que le recourant nécessite une aide régulière et importante pour l'acte se lever/s'asseoir/se coucher.

**c)** Concernant l'alimentation, le recourant soutient qu'il a besoin d'aide pour préparer ses repas et pour couper des aliments durs. Dans leur rapport du 14 avril 2016, les médecins du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ ont

relevé que, lors de la préparation d'un repas, le recourant était en mesure de maintenir son attention pendant trente minutes et qu'il pouvait regrouper, utiliser et manier les ingrédients et les objets de manière autonome, efficace et sécuritaire. Lorsque le repas était préparé, le recourant pouvait manger et boire de manière autonome, efficace et sécuritaire. De son côté, l'enquêtrice de la FSCMA a constaté que le recourant n'avait besoin d'aucune aide pour couper la nourriture et porter les aliments à sa bouche. Dans leurs rapports ultérieurs datés des 16 février et 9 mai 2017, les médecins du service précité ont confirmé que le recourant était indépendant pour les repas. Il était en outre indépendant pour se préparer un café. Au demeurant, on soulignera que si le recourant a besoin d'aide pour couper les aliments durs, ce besoin n'est ni régulier ni important dès lors que de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours (TF 8C\_30/2010 du 8 avril 2010 consid. 6.2).

Cela étant, il ne se justifie pas de s'écarter des constatations du rapport d'enquête du 1<sup>er</sup> septembre 2016 niant un besoin d'aide pour l'acte manger.

**d)** S'agissant de l'acte faire sa toilette, le recourant fait valoir qu'il a besoin de l'aide d'autrui pour procéder à son hygiène corporelle ce à quoi l'intimée objecte qu'il peut s'aider d'une longue brosse ou d'une planche de bain. Or, il résulte des rapports établis par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ ainsi que du rapport d'enquête établi par la FSCMA que le recourant a besoin d'aide dans l'accomplissement de cet acte. Ainsi, les auteurs du rapport du 14 avril 2016 ont relevé que, au moment du retour à domicile du recourant, le 26 février 2016, des difficultés persistaient au niveau des soins personnels. Plus précisément, l'intéressé avait besoin des objets préparés pour se laver les dents et se raser et il lui arrivait parfois d'interrompre l'activité entreprise et d'oublier de la terminer. Ils ont confirmé la nécessité d'une aide pour les soins personnels dans leurs rapports ultérieurs insistant sur la nécessité d'une stimulation. Celle-ci s'explique par les déficits cognitifs présentés par le recourant, ce qui a conduit l'enquêtrice de la FSCMA à lui reconnaître le besoin d'une aide

quotidienne pour se laver, se peigner, se raser, se baigner et se doucher. Dans ce contexte, le recours à des ustensiles mécaniques pour pallier les difficultés physiques du recourant ne peut que s'avérer vain.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître au recourant une aide régulière et importante pour accomplir l'acte faire sa toilette.

**e)** S'agissant enfin de l'acte aller aux toilettes, il ressort du rapport du 14 avril 2016 que le recourant se rend et utilise les WC de manière autonome, sécuritaire et efficace avec un risque acceptable. De même, l'enquêtrice de la FSCMA a constaté qu'aucune aide n'était nécessaire pour remettre les vêtements en place, aller à selle et uriner.

**f)** En matière d'assurance-accidents, une 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 (soins 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.

Ainsi, les soins médicaux ne sont pas un élément à prendre en compte dans ce cadre à teneur de l'art. 38 al. 3 OLAA. Le fait de devoir procéder à l'administration de Microlax une fois par jour ne saurait 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. Le Microlax ne sert pas non plus à la préservation d'un acte ordinaire de la vie (telle une paire d'orthèses permettant de marcher). Telle qu'alléguée par le recourant, sa finalité est - au contraire - médicale, ce suppositoire ayant pour but d'activer l'évacuation intestinale en cas de constipation. Partant, l'administration de Microlax ne relève pas d'un acte ordinaire de la vie mais constitue au contraire une prestation de soins qui n'est pas couverte par l'allocation pour impotent et ne doit dès lors pas être prise en compte pour déterminer si le recourant présente une impotence. Cette action peut - le cas échéant - être prise 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.

**g)** Dans un dernier moyen, le recourant fait valoir qu'il nécessite une surveillance personnelle permanente en raison de ses troubles mentaux / psychiatriques et de ses problèmes d'équilibre. Le point de vue du recourant ne saurait être suivi en tant qu'il est contredit par l'enquête effectuée à son domicile. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'enquêtrice de la FSCMA a relevé que le recourant était en mesure de rester seul à la maison jusqu'à deux heures de temps. Il en résulte qu'il n'a pas besoin d'une surveillance personnelle en permanence.

**h)** Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant ne remplit ni les conditions de l'art. 38 al. 3 let. a OLAA, dès lors qu'il ne requiert pas l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie, ni les conditions de l'art. 38 al. 3 let. b OLAA, dès lors qu'il n'a pas besoin d'une surveillance personnelle permanente. Partant, il ne peut prétendre qu'à une allocation de degré faible selon l'art. 38 al. 4 OLAA.

**6. a)** Mal, fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas de lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 juin 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap (pour L. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :