

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 septembre 2022

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Gauron-Carlin, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne, agissant pour feu **A.N.**\_\_\_\_\_, décédé le [...] 2019,  
et

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

---

**Art. 4, 9 LPGA ; 6 al. 1, 26 LAA ; 38 OLAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** A.N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en [...], conseiller en personnel, a été victime d'une agression le 20 juillet 2003, au cours de laquelle il a été frappé à plusieurs reprises avec des objets contondants, notamment à la tête, et a perdu connaissance. Hospitalisé du 20 au 22 juillet 2003, il présentait un petit hématome sous-dural temporal droit avec hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne droite. Les médecins ont également signalé un état dépressif en tant que diagnostic secondaire et relevé que la perte de connaissance survenue lors de l'agression était en relation avec une crise d'épilepsie (cf. avis de sortie du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2003). Une fracture du plateau tibial et des vertiges post-traumatiques ont été diagnostiqués ultérieurement (cf. rapport médical LAA du 15 septembre 2003 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste).

Le 25 juillet 2003, l'employeur de l'assuré a adressé une déclaration d'accident à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), laquelle a pris en charge le cas. Il a précisé que l'agression était survenue durant le délai de résiliation des rapports de travail ensuite du licenciement de l'assuré, le dernier jour travaillé étant le 5 juin 2003.

L'assuré a consulté le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dès le 27 août 2003. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome post-contusionnel dans le cadre d'un hématome sous-dural temporal droit avec hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique après une agression en date du 20 juillet 2003 et de suspicion d'un vertige paroxystique bénin dans le cadre d'une possible cupulolithiasis post-traumatique droite (cf. rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2003). Ce médecin s'est fondé notamment sur un électro-encéphalogramme du 3 septembre 2003 et un examen neuropsychologique effectué au Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ le 12 septembre 2003, lequel concluait comme suit :

« Cet examen de contrôle se situe dans les limites des normes. En comparaison avec l'évaluation neuropsychologique du 22.07.2003,

nous observons l'amendement des troubles mnésiques et dysexécutifs. Il persiste actuellement des plaintes post-traumatiques subjectives et des troubles thymiques, se manifestant par une symptomatologie anxio-dépressive probable et des pensées intrusives concernant l'agression. Si cette symptomatologie ne devait pas s'améliorer d'ici à un mois, un soutien psychiatrique serait souhaitable.

Compte tenu des plaintes post-traumatiques subjectives, nous recommandons un bilan d'évolution dans un délai de 3 mois. »

L'assuré a repris une activité professionnelle à plein temps dès le 6 janvier 2004, auprès d'un nouvel employeur. Il a toutefois présenté une incapacité de travail pour motif psychiatrique dans le courant du mois de mai 2004, puis l'employeur a mis fin au contrat qui les liait avec effet au 10 octobre 2004.

Au terme d'un examen effectué le 2 septembre 2004, les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, tous deux médecins conseils d'arrondissement de la CNA, ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). L'assuré se plaignait de souffrir d'une récurrence de vertiges, d'une perte partielle de l'audition de l'oreille gauche, d'une anosmie, d'un état d'angoisse et d'une perte de moral.

A la suggestion des médecins d'arrondissements, l'assuré a été examiné par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Celui-ci a posé, le 1<sup>er</sup> novembre 2004, les diagnostics de status après traumatisme crânio-cérébral le 20 juillet 2003 à la suite d'une agression, de troubles de l'adaptation avec état anxio-dépressif, anosmie post traumatique, troubles fonctionnels sensori-moteurs de l'équilibre et séquelles bilatérales de traumatisme acoustique. S'agissant des problèmes d'équilibre, le spécialiste relevait qu'il n'y avait pas de lésion vestibulaire et préconisait une rééducation psychomotrice afin de restaurer le schéma corporel. Consulté à nouveau le 7 mars 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_ a constaté une nette amélioration de la symptomatologie après sept séances de rééducation, ce qui permettait d'admettre une capacité de travail complète sur le plan otoneurologique.

Dans un rapport médical du 13 août 2005, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait part d'un pronostic de guérison « aléatoire » au vu d'une « évolution clinique seulement discrètement favorable ». Il relevait que des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité étaient très attendues par son patient. Le 26 juillet 2006, ce médecin a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique d'évolution anxio-dépressive. L'évolution était favorable sur le plan des vertiges, devenus rares, mais la symptomatologie anxio-dépressive était persistante et fluctuante.

En août 2007, l'assuré a consulté le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, à la suite d'une perte de connaissance accompagnée notamment de mouvements des quatre extrémités, survenue le 4 août 2007. Au terme d'un examen neurologique dans la norme et d'un électro-encéphalogramme caractérisé par la présence d'une bradysrythmie irritative modérée diffuse sans figures épileptogènes, le spécialiste a conclu que son patient avait présenté une crise comitiale généralisée inaugurale de type grand mal, à mettre en relation de causalité naturelle hautement vraisemblable avec le traumatisme crânio-cérébral subi lors de l'agression de 2003. Sur le plan thérapeutique, une médication paraissait nécessaire malgré le caractère unique de l'épisode et l'absence de franche activité épileptogène, dès lors qu'il s'agissait d'une crise post-traumatique avec une très probable lésion cérébrale séquellaire sous-jacente et que la médication psychotrope qu'il prenait par ailleurs était susceptible d'avoir une action épileptogène (cf. rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 3 septembre 2007).

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire effectuée le 25 septembre 2007 en raison de lombalgies apparues après la crise épileptique, a notamment révélé une fracture de tassement récente du corps de D12 (cf. rapport du 31 octobre 2007 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie).

Ayant entretemps déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 décembre 2004 auprès de l'Office cantonal de

l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), l'assuré a été examiné par le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 août 2007, ce spécialiste a retenu le diagnostic d'anxiété généralisée, trouble qui s'expliquait comme conséquence d'un traumatisme psychique (victime d'un crime lors d'une agression) et qui motivait une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Lors d'un entretien du 12 novembre 2007 à son domicile avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a décrit sa journée-type comme suit :

« Le matin, je vais au café lire mes journaux. L'été, je m'occupe un peu de mon jardin. Je sors aussi quotidiennement mes chiens. Les journées sont longues. Je participe aux achats et aux travaux ménagers pour soulager un peu mon épouse, aussi accidentée à diverses reprises, mais mon dos me rappelle assez vite à l'ordre. J'ai de la force mais dois éviter les mauvaises positions et les efforts un peu important. »

En mars 2008, l'OAI a mis en œuvre des mesures de réadaptation, dans un premier temps sous la forme d'une observation professionnelle d'une durée de trois mois au centre ORIPH de [...], du 19 mars au 6 juin 2008. Selon le rapport établi à l'issue de cette mesure, l'assuré possédait les capacités d'apprentissage théorique et pratique dans le secteur bureau-commerce et une formation d'assistant de bureau au sein de l'ORIPH était adaptée et envisageable. Une mesure de formation en tant qu'assistant de bureau niveau AFP sur 2 ans au taux de 50 % lui a ainsi été proposée (cf. rapport de l'ORIPH du 23 juin 2008).

Dans un rapport du 23 octobre 2008, le Dr T.\_\_\_\_\_ a exposé que l'examen électrophysiologique montrait toujours des éléments compatibles avec une discrète atteinte polyneuropathique des membres inférieurs. L'électro-encéphalogramme montrait par ailleurs la persistance d'une bradydysrythmie irritative diffuse modérée, toujours sans figure épileptogène stricto sensu et sans changement significatif par rapport à l'examen préalable. En conclusion, l'évolution des troubles restait « aussi favorable que possible » et le spécialiste préconisait la poursuite de la

médication en raison de la notion de traumatisme crânio-cérébral et des éléments irritatifs persistants. Puis, en octobre 2010, constatant après nouvel examen que l'évolution était favorable et que le patient ne signalait pas de récurrence de crises comitiales, le Dr T. \_\_\_\_\_ a mis fin au traitement médicamenteux contre l'épilepsie (cf. rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 14 octobre 2010).

Statuant le 21 novembre 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 31 mai 2011, puis à trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'OAI a relevé que l'intéressé avait repris une activité d'assistant de bureau à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011, après avoir suivi une formation pratique du 1<sup>er</sup> août 2010 au 31 mai 2011.

Le 28 août 2012, l'assuré a fait l'objet d'un nouvel examen auprès du Dr K. \_\_\_\_\_, lequel a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25). Le spécialiste a précisé qu'il excluait un trouble thymique car l'humeur était neutre, mais pas franchement triste. Les épisodes de tentative de suicide rapportés par l'assuré étaient vraisemblablement des mouvements impulsifs et non la manifestation d'un trouble thymique au long cours. Le Dr K. \_\_\_\_\_ excluait également un trouble post-commotionnel, compte tenu des plaintes de l'intéressé et de leur absence d'objectivité puisqu'il avait pu suivre une formation professionnelle. D'un point de vue psychiatrique, le Dr K. \_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail était complète, avec tout au plus une diminution de rendement d'environ 20 % en raison des angoisses.

A la suggestion du Dr K. \_\_\_\_\_, la CNA a mandaté le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour procéder à un bilan et se prononcer sur le plan neurologique, neuropsychologique, comitial ainsi que sur les troubles du sommeil. Dans son rapport du 25 février 2013, ce spécialiste a retenu que l'anosmie bilatérale post-traumatique était la seule séquelle neurologique de l'agression de 2003. Sur le plan

neuropsychologique, il a relevé que l'examen du 12 septembre 2003 était normalisé, qu'il n'y avait donc pas lieu de le contrôler et qu'il pouvait dès lors être conclu à l'absence de séquelles neuropsychologiques. S'agissant de la comitialité, l'évolution était favorable, sans récurrence et sans traitement depuis octobre 2010. Quant aux plaintes relatives au sommeil, il n'y avait pas de trouble en soi, mais un problème d'hygiène du sommeil sans lien avec l'événement assuré.

L'assuré ayant contesté les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_, celui-ci a été prié par le Dr K.\_\_\_\_\_ de préciser deux points de son rapport du 28 août 2012. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu le 9 juillet 2013 que, dans la mesure où l'examen neuropsychologique du 12 septembre 2003 s'était normalisé, d'éventuels troubles cognitifs survenus dans l'intervalle ne pourraient être mis en relation de causalité avec l'événement assuré, raison pour laquelle il ne lui avait pas paru nécessaire de contrôler l'examen neuropsychologique. Les plaintes mnésiques n'étaient pas spécifiques sans substrat objectif documenté et n'avaient pas d'origine claire, pouvant apparaître dans le cadre d'une anxiété ainsi qu'à la faveur d'un traitement médicamenteux. S'agissant de l'épilepsie post-traumatique, son évolution ne pouvait être anticipée et une récurrence ultérieure ne pouvait être formellement exclue.

Dans son rapport d'examen médical final du 10 décembre 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que les diagnostics consécutifs à l'événement du 20 juillet 2003 étaient un status après traumatisme crânio-cérébral avec hématome sous-dural temporal et hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne droite, une anosmie, un status après crise d'épilepsie en 2004 et un status après fracture-tassement stable de D12 en 2004. L'ensemble des lésions décrites étaient stabilisées et il n'y avait pas de proposition thérapeutique à formuler. Il subsistait des limitations fonctionnelles concernant le port de charges de 10 kg, la marche prolongée et l'utilisation d'échelle, d'escabeau ou d'échafaudage. La capacité de travail exigible était entière dans une activité adaptée.

Consulté à nouveau en raison de deux malaises de type absence courant 2013 puis d'une perte de connaissance en février 2014, le Dr T. \_\_\_\_\_ a conclu dans son rapport du 3 mars 2014 que des phénomènes lipothymiques/dystoniques neurovégétatifs ne pouvaient être totalement écartés mais que l'assuré semblait continuer de présenter des troubles compatibles avec une comitialité, ce qui justifiait la réintroduction d'une médication. Il a également signalé une discrète atteinte cérébelleuse vermienne et polyneuropathique des membres inférieurs, sans changement significatif par rapport à l'examen d'avril 2012.

**b)** Le 26 mars 2014, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2014, sous réserve des consultations et contrôles médicaux encore nécessaires auprès de son psychiatre et de son médecin traitant, jusqu'à nouvel avis. Puis, par décision du 27 mai 2015, la CNA a reconnu que l'agression subie par l'assuré le 20 juillet 2003 lui donnait droit à une rente d'invalidité de 50% à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%.

Représenté par Me Duc, l'assuré a formé opposition contre cette décision. La CNA a alors décidé de reprendre l'instruction s'agissant du taux de la rente et l'a porté à 58 % par décision du 18 novembre 2015 en constatant que, sur le plan médical, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, respectant les limitations fonctionnelles (port de charge limité à 10 kg, pas de marche prolongée de plus de 10 minutes, nécessité d'une alternance des positions assis/debout et absence d'utilisation d'échelle, d'escabeau ou d'échafaudage), avec une baisse de rendement de 20 %. L'assuré s'est également opposé à cette seconde décision.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, confirmée sur opposition, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et obtenu l'annulation par arrêt du 27 février

2017(AA 99/15 - 20/2017), la cause étant renvoyée à la CNA pour compléter l'instruction.

**c)** Entre-temps, par courrier du 31 juillet 2015, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail qui les liait pour le 30 septembre 2015, au motif d'une réorganisation interne de l'entreprise.

Le 12 août 2015, A.N. \_\_\_\_\_ a consulté le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a délivré un arrêt de travail de 100 % jusqu'au 31 août 2015, prolongé par la suite. Dans un rapport établi le 18 septembre 2015 à l'intention de l'assurance perte de gain en cas de maladie, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2), et d'anxiété généralisée (F 41.1). Ces troubles constituaient des suites de l'agression de juillet 2003, dont les symptômes s'étaient aggravés depuis le licenciement. Répondant le 18 octobre 2015 à un questionnaire de Me Duc, le Dr F. \_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré souffrait de séquelles d'un stress post-traumatique, d'une anxiété généralisée, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sans symptômes psychotiques, et d'un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Ces atteintes étaient à mettre sur le compte de l'agression de 2003 et la capacité de travail était nulle. Le patient admettait une augmentation de sa consommation d'alcool dès 2004, pour atteindre environ un litre de vin par jour, destinée à le détourner de ses angoisses et de ses troubles. Il avait récemment diminué sa consommation, sans que cela n'influe sur sa symptomatologie. S'agissant des troubles de la concentration et de la mémoire invalidants survenus depuis l'agression, il a indiqué qu'ils pouvaient être reliés aux troubles psychiques (troubles anxio-dépressifs et dépendance à l'alcool), mais pourraient « être apparemment aussi liés aux séquelles neurologiques de son accident », raison pour laquelle il préconisait un examen neuropsychologique complet et détaillé pour pouvoir faire la part des choses. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a ensuite confirmé ses conclusions dans un rapport du 15 janvier 2016 à l'intention de la CNA, en ajoutant que les consultations hebdomadaires avaient permis de stabiliser,

voire de diminuer quelque peu la symptomatologie anxio-dépressive et de mieux contrôler la consommation d'alcool.

Sollicitée pour avis, la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la CNA spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi une appréciation psychiatrique en allemand le 2 février 2016, traduite en français le 14 mars 2016. Procédant à une analyse détaillée des pièces médicales au dossier, la Dre P.\_\_\_\_\_ a relevé en particulier que plusieurs éléments allaient dans le sens d'une dépendance à l'alcool antérieure à l'agression et qu'il ne pouvait pas non plus être exclu que l'état dépressif soit également préexistant. De telles atteintes pouvaient expliquer certains symptômes apparus après l'agression de juillet 2003, ainsi que la mauvaise évolution de l'état de santé psychique. Par conséquent, l'appréciation du lien de causalité s'avérait plus complexe que ne l'avait retenu le psychiatre traitant et un examen neuropsychologique semblait pertinent. Elle a ainsi préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire incluant la psychiatrie, la neurologie et la neuropsychiatrie.

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a revu l'assuré les 22 mars et 14 avril 2016 pour un contrôle. L'électro-encéphalogramme a montré la persistance d'une bradydysrythmie irritative diffuse à prédominance droite et postérieure, sans figure épileptogène stricto sensu. Dans son rapport du 14 avril 2016, le spécialiste a relevé que l'évolution des troubles était favorable avec la médication, le patient n'ayant signalé aucune récurrence depuis mai 2014, de sorte qu'il a renouvelé la prescription. S'agissant de l'atteinte cérébelleuse vermienne et polyneuropathique, elle était « vraisemblablement en relation avec un éthyliste chronique ».

Répondant le 31 août 2017 à de nouvelles questions de Me Duc, le Dr F.\_\_\_\_\_ a exposé que, depuis janvier 2016, la situation de son patient était restée globalement préoccupante, avec des angoisses toujours très présentes, une sensibilité au moindre stress et une symptomatologie dépressive inchangée. Les troubles du sommeil avec

cauchemars s'étaient légèrement améliorés avec la médication prescrite et le patient arrivait à ne plus boire d'alcool durant la journée.

Par courrier de son mandataire du 11 octobre 2017, alléguant une aggravation de son état de santé, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent motivée par sa dépendance d'un point de vue psychique et social, ainsi que par son impossibilité de vivre de manière autonome.

Par décision du 1<sup>er</sup> février 2018, statuant sur la demande de révision déposée par l'assuré le 27 janvier 2016, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en raison d'une aggravation de son état de santé depuis août 2015.

Sur mandat de la CNA, les Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et X.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont procédé à une expertise pluridisciplinaire. Les experts ont déposé leur rapport de discussion consensuelle le 23 avril 2018. Ils ont retenu, s'agissant des atteintes organiques neurologiques et neuropsychologiques, les diagnostics de status après traumatisme crânien cérébral avec petit hématome sous-dural temporal droit et hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne droite, de lésions séquellaires cérébrales temporales antéro-inférieures et basi-frontales droites, d'anosmie post-traumatique, d'épilepsie probablement post-traumatique, de status après tassement vertébral inhérent à une crise comitiale, de polyneuropathie et d'atrophie vermienne supérieure d'origine alcoolique. L'assuré présentait également des atteintes neuropsychologiques organiques, à savoir un syndrome post-contusionnel avec atteintes neuropsychologiques (déficit mnésique, trouble exécutif et lenteurs), ainsi que les atteintes psychiatriques suivantes : une dysthymie (F34.1), une anxiété généralisée (F41.1), une dépendance à l'alcool sous surveillance médicale (F10.22) et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Les experts ont retenu que l'incapacité de travail globale et durable due aux séquelles de l'accident était de 50% dans l'activité adaptée d'employé de bureau, mais était nulle dans

l'activité de conseiller en placement, en raison des troubles cognitifs. Ils ont précisé qu'ils n'avaient pas tenu compte du licenciement survenu en 2015, s'agissant d'un facteur étranger et postérieur à l'accident. Relevant par ailleurs qu'il existait, avant l'accident, une certaine fragilité de la personnalité et une vulnérabilité de l'humeur, ainsi qu'une consommation excessive d'alcool probablement liée à l'anxiété sociale, les experts ont exposé ce qui suit, s'agissant de la relation de causalité avec l'agression :

« Les atteintes mentionnées sont toutes en relation de causalité probable (degré de la vraisemblance prépondérante atteint) avec l'accident.

Il existait un état antérieur psychique qui a contribué à la gravité et à la durée des troubles post-accident. En retour l'état antérieur a été durablement aggravé par l'accident.

L'état post-accident est fixé en juin 2008, au moment de l'évaluation au centre ORIPH. Après cette date, il n'y a pas eu de changement significatif dans la relation de causalité.

Nous avons conscience qu'il y a un chevauchement difficile à désintriquer entre les atteintes organiques et non-organiques, et entre la part des atteintes antérieures à l'accident, donc étrangères à celui-ci, et la part de ces mêmes atteintes qui a été aggravée par l'accident.

Nous nous sommes efforcés d'estimer de manière aussi raisonnable que possible la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité réellement imputables à l'accident. »

A la discussion consensuelle était joints les rapports d'expertise de Mme X. \_\_\_\_\_ du 28 mars 2018, du Dr S. \_\_\_\_\_ du 7 avril 2018 et du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 19 avril 2018.

Par son mandataire, l'assuré s'était plaint auprès de la CNA des conditions dans lesquelles il avait été reçu par l'expert psychiatre et nié toute valeur probante au rapport d'expertise en cours d'élaboration (cf. courrier de Me Duc du 25 janvier 2018). Après le dépôt du rapport, toujours par son mandataire, l'assuré a sollicité un complément d'expertise pour tenir compte d'une problématique supplémentaire ainsi qu'une expertise orthopédique, sans émettre de griefs sur le contenu du rapport d'expertise du 23 avril 2018 (cf. courrier de Me Duc du 14 juin 2018).

Par décision sur opposition du 7 novembre 2018, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 76%. Elle a par ailleurs reconnu un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, selon décision du 16 novembre 2018, confirmée sur opposition le 23 mai 2019.

Dans un rapport du 11 février 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ a exposé que le patient n'avait pas signalé de nouvelle crise comitiale, mais qu'il se plaignait de troubles de la mémoire et de l'équilibre. A l'examen clinique, le spécialiste retrouvait des signes d'imprégnation éthylique chronique ainsi que des signes de polyneuropathie et d'atteinte cérébelleuse vermienne, vraisemblablement en lien avec l'éthylisme chronique. L'électro-encéphalogramme montrait la persistance d'une bradydysrythmie irritative diffuse, sans latéralisation et sans décharges épileptogènes. L'évolution sur le plan de la comitialité paraissait ainsi toujours favorable et le Dr T.\_\_\_\_\_ a maintenu la médication.

**d)** Par courriers des 13 février et 7 mars 2019, le mandataire de l'assuré a rappelé à la CNA qu'il avait déposé une demande d'allocation pour impotent en 2017 et a requis une réponse avant fin mars 2019.

Le 3 avril 2019, la CNA a établi un rapport d'enquête concernant l'allocation d'impotent sur la base d'une entrevue avec l'assuré à l'étude de Me Duc et d'un entretien téléphonique avec B.N.\_\_\_\_\_, épouse de l'assuré. Pour les actes ordinaires de la vie, il a été relevé que l'intéressé avait besoin d'assistance pour mettre et enlever les vêtements indispensables en raison de problèmes d'équilibre et de mobilité du rachis (vêtements du bas du corps), ainsi que pour l'hygiène corporelle pour se laver, se baigner ou se doucher, en raison de troubles de l'épaule droite (lavage des cheveux, du dos et des pieds). L'assuré était incapable de se couper les ongles des pieds. En outre, du fait de troubles de l'attention et de la perte du goût et de l'odorat, il ne pouvait pas cuisiner sans être assisté de son épouse. Il a encore été noté que l'assuré lisait peu, n'allait pas tellement sur internet, sortait uniquement sur stimulation de son épouse et restait devant la télévision s'il était seul.

Ainsi, selon l'assuré et son avocat, l'intéressé ne pouvait pas vivre seul de façon autonome en raison de ses lésions cérébrales, au risque de se laisser aller, de consommer davantage d'alcool et de se retrouver complètement isolé. Son épouse devait dicter le rythme de la vie quotidienne, du lever au coucher, et surveiller et/ou effectuer les repas et la toilette. L'épouse de l'assuré a ajouté qu'elle devait être présente toute la journée, n'osant le laisser seul qu'au maximum deux heures pour faire les courses, et que la nuit elle se réveillait de temps à autre pour s'assurer que son mari ne faisait pas d'apnée du sommeil.

Se déterminant le 9 avril 2019 sur ce rapport, Me Duc a demandé qu'il soit encore tenu compte du fait que l'assuré ne pouvait pas marcher 15 minutes en continu mais en deux ou trois fois, qu'il ne pouvait conduire que sur des trajets qu'il connaissait bien sinon il se sentait angoissé et désorienté, que son épouse devait l'aider la nuit en cas de crises d'angoisses, que sans l'aide de son épouse il devrait vivre dans un home et que la situation décrite existait depuis 2006.

Le 26 avril 2019 en début de soirée, l'assuré a subi un grave accident de la route. Il est décédé le lendemain 27 avril 2019, peu après l'arrêt des soins d'urgence. Les circonstances de l'accident ont fait l'objet d'une enquête, au cours de laquelle l'épouse de l'assuré a été interrogée (cf. procès-verbal d'audition du 30 avril 2019). Le corps de l'assuré a en outre été autopsié afin de déterminer les causes du décès (cf. rapport d'autopsie médico-légale du 12 novembre 2019).

Par décision du 11 juin 2019, la CNA a rejeté la demande d'allocation pour impotent. Elle a considéré qu'au vu des diagnostics formulés, l'assuré n'était pas tributaire de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie de façon régulière et importante et qu'il n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle permanente.

Le 24 juin 2019, représentée par Me Duc et agissant en sa qualité d'héritière, B.N.\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), a déposé une opposition contre la décision précitée. Elle a fait valoir que son mari avait

besoin d'une aide importante et régulière pour s'habiller et se déshabiller en raison de problèmes d'équilibre et de mobilité du rachis, ainsi que pour son hygiène corporelle en raison de troubles de l'épaule droite. Il avait en outre besoin d'une surveillance personnelle et d'une incitation à accomplir les actes ordinaires de la vie en raison de ses lésions cérébrales. Sans l'aide de son épouse, l'assuré aurait dû être placé dans un home. Il n'existait par ailleurs pas de moyen auxiliaire susceptible de remplacer cette aide, liée non seulement à des limitations physiques, mais également à des problématiques neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques. B.N. \_\_\_\_\_ concluait à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible.

La CNA a confirmé son point de vue par décision sur opposition du 12 septembre 2019. Elle a relevé que, s'agissant des difficultés à s'habiller et à effectuer sa toilette mises en avant par l'assuré, l'utilisation de moyens auxiliaires était pleinement exigible pour lui permettre de retrouver son autonomie. Par ailleurs, les besoins d'accompagnement, de soutien ou d'aide à la gestion de la vie quotidienne ne pouvaient être mis en rapport avec les seules séquelles accidentelles. Le droit à l'allocation pour impotent ne pouvait dès lors pas être reconnu.

**B.**           **a)** Toujours assistée de Me Duc, B.N. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 8 octobre 2019. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision, en ce sens que le droit à une allocation pour impotence de degré faible au moins doit être reconnu à son mari dès 2006 et jusqu'au 30 avril 2019, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction. Pointant un manque de motivation de la décision sur les moyens auxiliaires qui auraient concrètement permis à l'assuré de retrouver son autonomie, la recourante a fait valoir en substance que la décision s'écartait des constats faits par l'intimée dans son enquête d'avril 2019 et que les atteintes neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques dont souffrait son mari entraînaient des problèmes cognitifs et de concentration, des vertiges et des pertes d'équilibres qui ne pouvaient pas être compensés par des moyens

auxiliaires. Par ailleurs, sans la présence constante de la recourante pour lui dicter le rythme de la vie quotidienne, l'assuré se serait laissé aller.

Par ordonnance du 15 octobre 2019, la cause a été suspendue dans l'attente de la délivrance du certificat d'héritier dans la succession de A.N. \_\_\_\_\_.

Le 12 janvier 2021, la recourante a produit le certificat d'héritier établi le 23 novembre 2020 par le Juge de paix [...], dont il ressort qu'elle est seule héritière légale de A.N. \_\_\_\_\_. L'instruction du recours a dès lors repris.

Dans sa réponse du 26 mars 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir en substance que le rapport d'enquête d'avril 2019 se basait essentiellement sur les déclarations de l'assuré et que les rapports médicaux au dossier lui permettaient de retenir, de manière objective, l'absence de nécessité de l'aide d'un tiers. Le besoin d'aide pour l'hygiène corporelle mentionné dans le rapport d'enquête d'avril 2019 était mis en relation avec des troubles de l'épaule droite, qui ne découlaient pas du sinistre du 20 juillet 2003 mais d'un événement antérieur. Quant au besoin de surveillance allégué, l'intimée contestait un tel besoin en lien avec les séquelles de l'accident assuré.

La recourante a confirmé ses conclusions dans sa réplique du 14 mai 2021. Contestant l'ensemble de l'argumentation de l'intimée, et en particulier le fait que l'assuré aurait affirmé être autonome durant l'expertise de 2018, elle a maintenu que l'agression de 2003 avait entraîné d'importantes atteintes neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques justifiant une allocation pour impotent, comme cela avait été constaté dans le rapport d'enquête sur l'impotence.

Dupliquant le 20 août 2021, l'intimée a maintenu ses conclusions en se référant à son mémoire de réponse.

Le 23 septembre 2021, la recourante a déposé des observations, auxquelles étaient joints un courrier du 15 septembre 2021 rédigé par ses soins, deux témoignages écrits, ainsi qu'un rapport établi le 13 septembre 2021 par le Dr F.\_\_\_\_\_. Ce dernier attestait avoir suivi l'assuré du 12 août 2015 au 12 avril 2019 pour des séquelles sévères et chroniques d'un état de stress post-traumatique suite à une agression subie en 2003 (F43.1), une anxiété généralisée (F41.1), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), diagnostics qui étaient tous des conséquences de l'agression de 2003. Il exposait par ailleurs ce qui suit :

« (...)

Au cours des années, suite à l'agression subie, M. A.N.\_\_\_\_\_ est devenu de plus en plus incapable de gérer le moindre stress, quel qu'il soit. Il souffrait de crises anxieuses et dépressives qui lui faisaient perdre ses moyens et majoraient sa consommation d'alcool. Il n'arrivait plus à se concentrer, devenait irritable, et pouvait perdre le contrôle de lui-même. Il n'arrivait plus à s'organiser, et à exécuter des tâches demandant une certaine précision. Il était aussi dans un état de fatigue chronique, manquait très vite d'énergie, avait de plus en plus de peine à rester attentif, en étant absorbé dans ses pensées, se déconnectant de son environnement.

Il a présenté une incapacité de travail totale [...] depuis que je le suivais, à savoir le 12 août 2015.

Depuis cette date au moins, M. A.N.\_\_\_\_\_ n'arrivait plus à structurer ses journées, en raison de l'importance des troubles anxieux et dépressifs qui l'habitaient et qui prenaient l'essentiel de son espace psychique l'empêchant de s'organiser par lui-même. Il passait en fait l'essentiel de ses journées apragmatique à domicile. Il avait une petite activité physique lorsqu'il promenait (brièvement) son chien. Il lisait peu, mais n'arrivait pas à se concentrer plus de 15 à 30 minutes, et il oubliait régulièrement ce qu'il avait lu. Sinon, il regardait la télévision, sans pouvoir se concentrer non plus.

La capacité de M. A.N.\_\_\_\_\_ à faire face aux nécessités de la vie était très faible, presque tout devant être fait par son épouse. La capacité d'avoir des contacts par lui-même avec les services officiels était presque nulle. M. A.N.\_\_\_\_\_ n'arrivait plus à effectuer des achats par lui-même. Il pouvait se rendre par contre à ses rendez-vous médicaux. La capacité de M. A.N.\_\_\_\_\_ à tenir son ménage par lui-même était nulle. C'est son épouse qui devait s'occuper de tout, ce qui nécessitait trois heures par jour environ (ménage au quotidien, lessive et repassage, commissions, repas, administration, stimulation sur le plan de l'hygiène, aide à sortir de chez lui). De plus, en raison de ses troubles psychiques et de sa dépendance à l'alcool, il devait être surveillé en continu, la plupart du temps par

son épouse, et sinon par une autre personne du petit entourage de son épouse.

L'isolement dans lequel était tombé M. A.N.\_\_\_\_\_ était très important, celui-ci était resté très angoissé vis-à-vis du monde depuis son agression. Sans la présence de son épouse, M. A.N.\_\_\_\_\_ se serait enfoncé dans un isolement quasi-total, se serait négligé sur le plan de son hygiène, et ne se serait plus occupé de rien ou presque le concernant (nourriture, ménage, administration, rendez-vous médicaux). Le risque de clochardisation aurait alors été majeur. »

L'intimée s'est déterminée sur cette écriture le 4 novembre 2021, en rappelant que l'aggravation de l'état psychique de l'assuré constaté à partir d'août 2015 ne pouvait pas être mise en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré. L'intimée a par ailleurs relevé que la description par la recourante de la journée précédant l'accident de voiture de son mari faisait ressortir que ce dernier était en mesure d'effectuer des achats et d'entretenir des contacts sociaux, sans une surveillance constante.

Dans une écriture spontanée du 20 décembre 2021, contestant les dernières allégations de l'intimée en ce qu'elles laissaient entendre que l'assuré exagérait ses troubles, la recourante a répété que l'agression de 2003 avait entraîné certains troubles neurologiques et neuropsychologiques, notamment des difficultés d'organisation des pensées, et que la consommation excessive d'alcool était également une suite de l'accident. Elle a joint un nouveau témoignage écrit.

**b)** Entre-temps, B.N.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de rente pour survivante le 10 janvier 2020. La CNA a refusé cette demande par décision du 22 avril 2020, sur opposition le 7 juillet 2021. Un recours contre cette dernière décision a été rejeté par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 15 septembre 2022 (AA 106/21 - 113/2022).

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

La qualité pour recourir appartient à quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). A cet égard, la doctrine a précisé notamment qu'un arriéré de prestations d'assurance, pour une période antérieure au décès de l'assuré, tombe dans la masse successorale. Chaque héritier a de ce fait qualité pour recourir contre une décision relative à ces prestations (Jean Métral, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 29 *ad* art. 59 LPGA).

**b)** En l'occurrence, B.N.\_\_\_\_\_ est seule héritière légale de A.N.\_\_\_\_\_, si bien qu'elle dispose de la qualité pour recourir au sens de l'art. 59 LPGA, étant relevé qu'elle sollicite l'octroi de prestations de l'assurance-accidents pour la période ayant précédé le décès de son mari.

Par ailleurs, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de A.N.\_\_\_\_\_ à une allocation pour impotent.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**b)** Conformément à l'art. 26 LAA, le droit à une allocation pour impotent est ouvert à l'assuré qui présente une impotence au sens de l'art. 9 LPGA. Selon cette disposition, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la 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.

L'art. 38 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) distingue trois degrés d'impotence : grave, moyenne ou faible. 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). Elle est moyenne au sens de l'art. 38 al. 3 OLAA si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (let. a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ou (let. 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. Enfin, selon l'art. 38 al. 4 OLAA, l'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens

auxiliaires, a besoin (let. a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ou (let. b) d'une surveillance personnelle permanente, ou (let. c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité, ou (let. 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.

**c)** Selon une jurisprudence constante (cf. notamment ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c et les références citées ; TF 8C\_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Magrit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 21 ad art. 9 LPG), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

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

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 8C\_437/2009 du 3 décembre 2009 consid. 5.5). Le besoin déterminant est le besoin d'aide objectif, c'est-à-dire l'aide effectivement nécessaire à l'assuré après qu'il a pris les mesures appropriées et celles que l'on peut raisonnablement attendre de lui en vue de conserver ou de recouvrer son autonomie (ch. 8083 à 8085 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité

édicte par l'Office fédéral des assurances sociales], repris depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans la CSI [Circulaire sur l'impotence], ch. 2006 à 2008). Il faut par ailleurs que l'aide soit régulière et importante. L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (ch. 8025 CIIAI, respectivement ch. 2010 CSI). Elle est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI, respectivement ch. 2013 CSI).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'impotence, il convient d'examiner pour chaque acte si la personne a les capacités de l'accomplir, le temps nécessaire pour celui-ci ne jouant pas de rôle déterminant (TF 9C\_283/2021 du 7 mars 2021 consid. 5.1 et les réf. citées). 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 de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. L'aide de tiers est indirecte lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; Stéphanie Perrenoud, op. cit., n. 10 ad art. 9 LPGa). L'aide indirecte doit être d'une certaine intensité ; une simple injonction ou indication ne suffit pas à la caractériser. Ainsi, il n'est pas suffisant de dire plusieurs fois à un assuré qu'il doit se doucher. Outre la répétition de l'injonction, l'action doit au moins être surveillée pendant son exécution et il doit être possible d'intervenir si nécessaire. L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap

psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin (ch. 8028 à 8030 CIIAI, respectivement ch. 2016 à 2018 CSI).

**d)** Selon la jurisprudence, la surveillance personnelle au sens de l'art. 38 al. 2 OLAA ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie mais concerne une aide qui n'a pas déjà été prise en considération dans l'accomplissement de l'un de ceux-ci (TF 8C\_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 6.3.3 ; 9C\_431/2008 du 26 février 2009 consid. 4.4.1). Il faut plutôt entendre par là une aide médicale et des soins qui sont nécessaires en raison de l'état de santé physique et/ou psychique de la personne assurée. Une telle surveillance personnelle est par exemple nécessaire lorsqu'une personne assurée ne peut pas être laissée seule pendant toute la journée en raison d'absences mentales (TF 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; 9C\_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1). Cette notion doit être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré (sur le plan physique, psychique ou mental). Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsqu'un tiers doit toujours être présent, sauf pendant une brève interruption, auprès de l'assuré parce que ce dernier ne peut être laissé seul. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter une certaine intensité. La nécessité d'une surveillance peut être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (TF 9C\_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 ; ch. 8035 CIIAI, respectivement ch. 2076 s. CSI).

**4. a)** Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 CC. L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe

inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 117 V 261 consid. 3b et la référence).

**b)** 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**d)** Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

**5.** En l'espèce, la recourante a requis le versement d'une allocation pour impotent « au moins » de degré faible au motif que son mari avait besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir deux actes de la vie (se vêtir/se dévêtir et faire sa toilette), ainsi que d'une surveillance personnelle permanente. Le besoin d'aide était motivé par des troubles de l'équilibre, des douleurs dorsales découlant d'une fracture-tassement de vertèbre et d'une douleur à l'épaule droite. La surveillance personnelle a été mise en lien avec les atteintes psychiatriques et neuropsychologiques.

L'intimée a rejeté cette demande en se fondant sur les pièces médicales au dossier, dont l'expertise pluridisciplinaire déposée en avril 2018.

**a)** Dans un premier moyen, la recourante a fait valoir que l'intimée s'était écartée sans raison du rapport d'enquête sur l'impotence établi par ses soins en avril 2019, lequel admettait un besoin d'aide pour deux actes de la vie et prenait note des difficultés d'autonomie alléguées par l'assuré et relayées par son mandataire. Or, il y a lieu de constater que l'enquête ayant donné lieu au rapport du 3 avril 2019 a été effectuée à l'étude du conseil de l'assuré et non au domicile de ce dernier. Dans ces conditions inhabituelles, l'enquêteur n'a pas pu se faire une idée objective des difficultés rencontrées par l'assuré dans son quotidien et des moyens auxiliaires susceptibles d'être mis en place, affaiblissant d'autant la valeur probante de ses conclusions. En conséquence, il faut admettre avec l'intimée que lesdites conclusions ne pouvaient être suivies qu'à condition d'être corroborées par d'autres pièces au dossier. Cela étant, l'assuré et son conseil ont eu l'occasion de se déterminer sur les informations recueillies par l'enquêteur lors de la rédaction de son rapport. Partant, les déclarations de l'assuré et de son épouse qui y sont retranscrites peuvent être retenues comme conformes à la vérité, sous réserve des remarques apportées par leur conseil le 9 avril 2019.

**b)** Dans sa demande du 11 octobre 2017, l'assuré a sollicité une allocation pour impotent au motif que son état de santé s'était aggravé, sans autre précision quant au moment à partir duquel la situation d'impotence alléguée est apparue. Le rapport d'enquête ne contient aucune information sur ce point. Toutefois, dans ses remarques du 9 avril 2019 sur ledit rapport, l'assuré a déclaré que la situation décrite existait depuis 2006 et la recourante a pris des conclusions en ce sens dans ses écritures de recours.

Outre le fait que l'assuré n'a pas fait état avant 2017 d'une problématique d'impotence en lien avec son agression de 2003, il faut d'emblée constater que, même si l'on devait reconnaître une valeur probante complète à l'enquête effectuée en 2019, celle-ci ne pourrait de toute manière pas valablement attester de la situation pour l'ensemble de la période alléguée, qui a duré environ treize années, mais au maximum sur les deux à trois années précédant l'enquête. Un examen des pièces

médicales au dossier s'imposerait ainsi néanmoins, étant au demeurant relevé que, dans son témoignage écrit de 2021, la recourante a fait remonter le début de l'impotence de son mari à la période qui a suivi la perte de son dernier emploi, en août 2015.

**c)** Dans les suites de l'agression, l'assuré a fait l'objet d'une évaluation complète sur les plans neurologiques et neuropsychologiques lors de son hospitalisation puis à nouveau quelques semaines après, en septembre 2003. Il se plaignait alors de céphalées frontales droites, d'une sensation de perte de l'équilibre, de troubles de la vision surtout sur l'œil gauche, d'un manque d'appétit, d'un état d'angoisse et de troubles de la concentration et de la mémoire. Le neurologue consulté a constaté notamment qu'un vertige de courte durée pouvait être déclenché en tournant le patient brusquement dans la position couchée à droite (cf. rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2003). L'examen neuropsychologique a par ailleurs montré que les troubles mnésiques et dysexécutifs s'étaient amendés, les plaintes post-traumatiques persistantes étant subjectives ou ressortant de troubles thymiques (symptomatologie anxio-dépressive ; cf. rapport d'examen neuropsychologique du 12 septembre 2003). Puis, le Dr B. \_\_\_\_\_ a exposé en novembre 2004 qu'il n'y avait pas de lésion vestibulaire et a préconisé une rééducation psychomotrice, avant de constater une nette amélioration après sept séances de rééducation (cf. rapports du Dr B. \_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> novembre 2004 et 7 mars 2005). Les problématiques de vertiges ou de troubles de l'équilibre n'ont plus fait l'objet de plaintes de la part de l'assuré dans les années qui ont suivi, le Dr A. \_\_\_\_\_ ayant du reste indiqué dans son rapport du 26 juillet 2006 que l'évolution était favorable sur le plan des vertiges, devenus rares. Par ailleurs, après la crise d'épilepsie survenue en août 2007, l'assuré a fait l'objet d'un suivi supplémentaire sur ce plan et a reçu un traitement préventif. Il a également passé une IRM en septembre 2007 pour les douleurs dorsales apparues après l'épisode comitial et vu un neurochirurgien, lequel a constaté qu'aucune intervention ne s'imposait pour la fracture-tassement, les douleurs de l'assuré s'étant nettement atténuées (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 31 octobre 2007). Entre-temps, l'assuré avait repris une

activité professionnelle à plein temps en janvier 2004, interrompue en raison d'une péjoration de son état psychique en mai 2004, non pour des motifs d'ordre somatique. Enfin, à l'occasion d'un entretien à domicile avec un collaborateur de l'intimée tenu en novembre 2007, l'assuré a exposé qu'il sortait quotidiennement pour prendre le café et pour promener ses chiens, qu'il s'occupait de son jardin et qu'il participait aux achats et aux travaux ménagers pour soulager son épouse.

Parallèlement, l'examen psychiatrique mené en septembre 2004 par les médecins d'arrondissement de l'intimée a confirmé la présence d'atteintes d'ordre psychique. Durant l'examen, l'assuré s'était plaint essentiellement d'angoisse, d'irritabilité, de fatigue, d'insomnie et de troubles de la mémoire, mais n'avait pas rapporté de difficultés à gérer son quotidien (cf. rapport du 2 septembre 2004 des Dr K. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_). Aucune plainte de ce type n'a de même été relayée par le Dr A. \_\_\_\_\_, qui a au contraire relevé dans son rapport du 13 août 2005 que les mesures de réadaptation de l'Al étaient « très attendues » par son patient. Il n'y avait ainsi aucune notion de problème particulier pour accomplir les actes de la vie quotidienne ou pour organiser la journée entre 2003 et fin 2007, de sorte qu'aucun besoin durable d'aide pour les actes de la vie ou d'une surveillance personnelle n'apparaît pour cette période.

Au printemps 2008, l'assuré a suivi des mesures de réadaptation professionnelle et entrepris une formation. Celle-ci lui a permis de reprendre une activité professionnelle en 2011, qu'il a pu poursuivre jusqu'à son licenciement en 2015. Si l'assuré a déclaré à plusieurs reprises à ses médecins avoir un rendement diminué et des troubles de la mémoire qui l'obligeaient à noter tout ce qu'il devait faire, il n'en demeure pas moins qu'il a réussi sa formation et que son employeur l'a gardé à son service durant plus de quatre années. Ainsi, ces éléments contredisent d'emblée l'hypothèse d'un besoin d'aide indirecte ou d'une surveillance de chaque instant durant les années 2008 à 2015. Durant ce laps de temps, sur le plan médical, l'assuré a été examiné le 19 janvier 2012 par le Dr C. \_\_\_\_\_. Dans l'anamnèse de son rapport du

10 décembre 2013, ce médecin a noté que l'assuré se déclarait gêné par des vertiges et des troubles de l'équilibre encore fréquents, de l'ordre d'une fois par jour, ayant causé un épisode de chute à deux reprises durant les années écoulées, sans pouvoir les dater. L'assuré avait également évoqué des douleurs dorsales, à l'épaule droite et au genou gauche, en précisant qu'elles se manifestaient essentiellement au port de charge, à l'exception des douleurs à l'épaule qui étaient quotidiennes. Durant son examen, le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a cependant rien constaté de particulier à propos de la problématique de vertige et a retenu, sur le plan somatique, une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient le port de charges de 10 kg, la marche prolongée et l'utilisation d'échelle, d'escabeau ou d'échafaudage. Vu à la même époque par le Dr J. \_\_\_\_\_, l'assuré a parlé d'une sensation vertigineuse intermittente, en particulier lors des mouvements de tête. Ce neurologue a relevé que les manœuvres de Hallpike entraînaient un « léger vertige subjectif », sans nystagmus constaté, et a conclu que la seule séquelle neurologique de l'agression était une anosmie bilatérale. Il a par ailleurs renoncé à reprendre l'examen neuropsychologique puisqu'il était normalisé en septembre 2003 en précisant que les plaintes mnésiques n'étaient pas spécifiques sans substrat objectif documenté ni origine claire (cf. rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 25 février 2013 et le complément du 9 juillet 2013). En 2014, le Dr T. \_\_\_\_\_ a signalé l'existence d'une discrète atteinte cérébelleuse vermienne et polyneuropathique, restée stable depuis sa découverte en avril 2012, mais n'a pas décrit de plainte ni de trouble en relation avec cette atteinte. Sur le plan comitial, la médication a été interrompue fin 2010 en l'absence de récurrence, puis réinstaurée lorsque l'assuré a fait part de trois malaises survenus entre 2013 et 2014. L'intéressé n'a pas annoncé d'autre épisode à ses médecins dans les années qui ont suivi. Ainsi, aucun des rapports médicaux établis en temps réel entre 2008 et 2015 ne fait état d'une situation médicale relevant de l'impotence et l'assuré n'a jamais signalé aux nombreux médecins qui l'ont examiné sur cette période, de difficultés pour se vêtir / se dévêtir ou pour faire sa toilette. Il faut ainsi constater qu'aucun besoin durable d'aide pour les

actes de la vie ou d'une surveillance personnelle n'apparaît entre 2008 et août 2015.

**d)** A partir d'août 2015, une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré est attestée par son psychiatre traitant et a amené l'OAI à reconnaître une invalidité complète avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il convient dès lors d'examiner si cette aggravation a entraîné une impotence au sens de l'art. 9 LPGA susceptible de faire naître le droit à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents.

Il faut cependant encore relever ici que, contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accident ne connaît pas le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, qui concerne la capacité de vivre à domicile de façon autonome, de faire face aux nécessités de la vie, d'établir des contacts sociaux ou encore d'éviter un risque d'isolement (Stéphanie Perrenoud, op. cit., n. 16 ad art. 9 LPGA). Ainsi, l'aide de tiers éventuellement nécessaire à l'assuré pour la tenue du ménage, la préparation des repas, le suivi des démarches administratives ou encore l'incitation à avoir des activités de loisir et à entretenir des contacts sociaux ne peut pas être pris en compte dans l'évaluation de l'impotence sous l'angle de l'assurance-accidents. Il s'agit dès lors d'examiner si, en raison de son état de santé, l'assuré nécessitait objectivement une aide pour faire face aux actes ordinaires de la vie quotidienne et/ou une surveillance personnelle permanente de nature médicale.

**aa)** Lors de l'enquête de 2019, l'assuré a fait valoir qu'il avait besoin d'aide pour deux actes ordinaires de la vie, à savoir se vêtir / se dévêtir et faire sa toilette. Il a expliqué qu'en raison de problèmes d'équilibre et de mobilité du rachis, il ne pouvait enfiler ses vêtements du bas du corps sans l'aide de son épouse. Il a évoqué la crainte de chutes dans la douche et des difficultés à laver son dos et ses cheveux.

Comme exposé précédemment (infra, let. c), les problèmes d'équilibre et de mobilité du rachis ont été examinés à plusieurs reprises

entre 2003 et 2015. Des atteintes de cet ordre ont été reconnues et des limitations fonctionnelles d'ordre somatique ont été retenues par l'intimée sur la base notamment du rapport d'examen du Dr C. \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2013. Ces limitations fonctionnelles peuvent toutefois être qualifiées de légères, puisqu'il s'agit d'éviter les travaux physiquement astreignants et les travaux en hauteur et qu'elles n'ont pas empêché l'exercice d'une activité d'employé de bureau. Jusqu'en 2015, il n'y a pas eu de notion de difficultés dans les changements de position ou d'utilisation des épaules, dont l'amplitude était conservée et il faut rappeler que l'interruption des rapports de travail n'étaient pas motivés par des troubles d'ordre somatique. En avril 2016, le Dr T. \_\_\_\_\_ a mentionné à nouveau des signes de polyneuropathie au niveau des membres inférieurs et une atteinte cérébelleuse. Troubles probablement dus à l'alcoolisme, ils étaient alors caractérisés par une instabilité à la station des pieds joints yeux fermés et à la marche un pied devant l'autre (cf. rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 14 avril 2016). En d'autres termes, les atteintes neurologiques observées montraient leurs effets sur l'équilibre dans des situations d'examen bien particulières, qui ne se retrouvent en principe pas lorsqu'il s'agit de s'habiller ou de se laver. Lorsqu'il a été examiné par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en vue de l'expertise pluridisciplinaire d'avril 2018, l'assuré a fait part notamment de sensations d'instabilité, de douleurs au niveau lombaire et de paresthésie des extrémités. L'expert a constaté que la problématique de vertige paroxystique (cupulolithiase) était stabilisée et n'était pas handicapante. Il a par ailleurs confirmé l'existence de troubles, notamment de l'équilibre, s'intégrant probablement dans le cadre d'une atrophie vermienne et d'une polyneuropathie qualifiée de sensitive et de discrètement motrice, sans toutefois signaler d'éventuelles limitations fonctionnelles en résultant. Sur la base de ces éléments, cet expert a conclu que, d'un point de vue neurologique, la capacité de travail était restée inchangée depuis 2008.

L'existence de troubles de l'équilibre et de mobilité du rachis ne suffit pas à faire admettre l'existence d'un besoin d'aide pour se vêtir / se dévêtir ou pour se laver. Il faut encore que l'aide soit rendue objectivement nécessaire par le handicap. Or, l'assuré a clairement

indiqué, lors de l'enquête d'avril 2019, qu'il n'utilisait aucun moyen auxiliaire et qu'il était en mesure de se vêtir seul, mais que cela lui demandait beaucoup d'efforts et causait des douleurs. Il en va de même pour sa toilette, où il est fait état de difficultés à se laver les cheveux, le dos et les pieds, mais non d'une impossibilité de le faire. Du reste, dans son témoignage écrit, la recourante a seulement mentionné le fait que son mari ne pouvait pas enfiler ses chaussettes et n'a pas évoqué de difficultés d'ordre physique pour faire sa toilette. Enfin, comme l'a rappelé l'intimée, le soin des ongles ne fait pas partie de l'acte ordinaire de faire sa toilette, puisqu'il ne doit pas être assumé quotidiennement (cf. TF 9C\_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.2). S'agissant des moyens auxiliaires, l'intimée en a cité quelques-uns dans sa décision sur opposition, qui paraissent en effet exigibles et de nature à prévenir les risques de chutes liés à des troubles de l'équilibre et de la mobilité, en particulier les poignées et sièges pour sécuriser l'utilisation d'une baignoire. Il n'est du reste pas fait état de difficultés pour marcher, ni pour s'asseoir ou se lever. Le seul fait que l'accomplissement des gestes soit plus long ou demande plus d'effort ne suffit pas à faire admettre l'existence d'un besoin d'aide relevant de l'impotence.

La recourante a encore fait valoir qu'en raison de ses atteintes psychiques, son mari négligeait son hygiène et son apparence de sorte que, si elle ne lui disait pas de s'habiller ou de se laver, il ne le faisait pas spontanément. Elle fait ainsi valoir que cet acte nécessitait une aide indirecte. Il ne ressort toutefois pas des remarques formulées dans le rapport d'enquête ni des écritures ou du témoignage écrit de la recourante, que cette stimulation revêtait une intensité particulière. Il n'apparaît ainsi pas que la recourante devait répéter ses demandes de nombreuses fois ni qu'elle devait surveiller la bonne exécution des actes. Une telle problématique ne ressort pas non plus des rapports établis par le psychiatre traitant dès 2015. Dans son rapport du 31 août 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a noté que son patient passait l'essentiel de ses journées apragmatique à domicile en raison de son intolérance à tout stress et à ses troubles de la concentration et de la mémoire. En raison de ces troubles, il éprouvait désormais de la difficulté à accomplir les tâches

administratives, mais il avait néanmoins conservé une petite activité physique en promenant brièvement son chien. Dans l'anamnèse de son rapport d'expertise psychiatrique du 7 avril 2018, le Dr S. \_\_\_\_\_ a noté ce qui suit s'agissant de la vie quotidienne actuelle de l'assuré :

« (...)

Au quotidien, l'expertisé se lève au plus tard à 7h. Il commence par s'occuper du jeune chien du couple, un labrador de 8 mois « plutôt dynamique car séparé trop tôt de sa mère ». Il lui donne à manger puis le sort pour ses besoins. Il en profite pour pousser jusqu'au village voisin en voiture et lire le journal ([...]) au café. Il ne déjeune pas, c'est une habitude chez lui de ne pas manger le matin. De retour à la maison vers 10h, il lit un autre journal ([...]), qu'il reçoit à domicile. Son épouse se lève vers 11h. A midi il mange seul, généralement les restes du repas de la veille au soir. Son épouse ne fait qu'un repas par jour, celui du soir, se contentant d'un jus de fruit à midi.

Après le repas de midi, l'expertisé passe un moment à converser avec son épouse, ils regardent les nouvelles à la télé en prenant le café. Ensuite l'expertisé s'allonge devant la télé pour une sieste qui dure une à deux heures.

Lorsqu'il se réveille en milieu d'après-midi, l'expertisé vaque à quelques activités domestiques, par exemple sortir avec le chien, chercher du bois pour la cheminée ou aller en commissions à [...] en voiture (5 km).

Le soir le couple partage le repas préparé par l'épouse. Ensuite ils regardent un moment la télé. L'expertisé se couche vers 22h.

Pour ce qui est des activités ménagères, c'est l'épouse qui s'en charge (« elle cuisine très bien »). L'expertisé partage avec son épouse les paiements, le courrier et les commissions.

L'expertisé n'a pas d'autre loisirs que la lecture des journaux et les sorties avec le chien. Il ne lit pas de livres car il perd sa concentration au bout de quelques pages.

Il n'a pas beaucoup de vie sociale. Il ne fait pas partie d'associations, il ne fréquente pas l'église. Depuis longtemps (avant l'accident) il n'a plus d'activité physique ou sportive régulière hormis les promenades avec le chien.

Il n'aime pas sortir car il ne supporte pas le monde et le bruit, le brouhaha. Il a trois amis qu'il voit occasionnellement, ainsi que ses demi-frère et sœur et leur famille. Il se déplace volontiers au volant de sa voiture, dans la région voire plus loin si nécessaire, par exemple pour venir de [...] à [...] pour l'expertise. Il y a plusieurs années que le couple n'a plus fait de voyage. La dernière fois, c'était en 2007, l'expertisé a fait une crise épileptique (avec fracture de vertèbre) pendant le voyage en voiture qui les conduisait en Provence pour des vacances. »

L'expert a ensuite noté, à propos des troubles de la mémoire, que l'assuré avait de la peine à retenir les choses, raison pour laquelle il notait les tâches à faire, comme les rendez-vous, ou s'appuyait sur son épouse, « celle-ci lui disant au fur et à mesure de faire ci puis ça, et ainsi

de suite », mais qu'il pouvait néanmoins conduire sans problème et faire ses paiements. L'assuré s'était plaint, avant la rédaction du rapport d'expertise, de l'attitude du Dr S. \_\_\_\_\_ au moment de l'entretien. Il n'a cependant fait valoir aucune remarque particulière par la suite quant au contenu même du rapport d'expertise psychiatrique. Or, le déroulement des journées tel que décrit par l'assuré au moment de l'entretien avec l'expert, à fin 2017, ne reflète pas une situation de dépendance de l'assuré vis-à-vis de son épouse quant à l'organisation du quotidien. L'intéressé paraît avoir eu seulement besoin d'un simple rappel des choses à faire. Il n'y a pas eu de rapport médical ultérieur de la part du Dr F. \_\_\_\_\_, hormis celui qu'il a établi le 13 septembre 2021. Ce rapport fait état d'une situation restée inchangée depuis le début du suivi, en août 2015, mais mentionne des éléments que ce médecin n'avait jamais signalés précédemment et qui contredisent les déclarations faites par l'assuré lui-même lors de l'expertise psychiatrique. Etabli deux ans après le décès de l'assuré pour les besoins de la cause, la valeur probante de ce rapport paraît faible. Au demeurant, s'il est relevé que l'assuré n'arrivait plus à structurer ses journées en raison de ses troubles anxieux et dépressifs, il est confirmé qu'il continuait à promener son chien et qu'il se rendait lui-même à ses rendez-vous médicaux. Le Dr F. \_\_\_\_\_ ne fait par ailleurs pas mention de la nécessité d'une aide particulièrement soutenue de la recourante pour l'accomplissement des actes quotidiens. Il insiste surtout sur les tâches ménagères et administratives, qui concernent l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et n'entrent donc pas en ligne de compte dans l'évaluation de l'impotence en matière d'assurance-accidents (cf. supra, let. d). Le contenu de ce dernier rapport est également contredit par la description faite par la recourante du déroulement de la journée qui a précédé l'accident de voiture fatal à l'assuré, lors de son audition par la police le 30 avril 2019, où elle explique que son mari était allé faire des courses en voiture le matin, avait vaqué à ses occupations durant l'après-midi avant de reprendre la voiture pour aller chercher des pizzas dans un restaurant pour le repas du soir.

Par conséquent, il ne peut être reconnu aucun besoin d'aide, directe ou indirecte, pour les actes ordinaires de la vie pour la période considérée.

**bb)** L'assuré, puis la recourante, a fait valoir le besoin d'une surveillance personnelle permanente. Cette conclusion est motivée en grande partie par l'absence d'autonomie de l'assuré sur le plan des tâches ménagères et administratives, qui n'entrent pas en considération pour l'assurance-accidents, respectivement par un manque de spontanéité dans l'accomplissement de certains actes ordinaires de la vie, ce qui a déjà été examiné ci-avant et ne peut donc être pris en compte une seconde fois dans l'examen du besoin de surveillance personnelle (cf. Stéphanie Perrenoud, op. cit., n. 14 ad art. 9 LPGA et les références citées). Il s'agit dès lors d'examiner si la situation médicale de l'assuré nécessitait une surveillance personnelle étroite en raison d'un risque important de mise en danger de lui-même ou d'autrui.

A ce propos, il y a lieu de constater qu'en 2015 et 2016, le psychiatre traitant de l'assuré a mentionné l'existence d'idées suicidaires « au long cours » chez son patient, lesquelles avaient augmenté lorsqu'il avait reçu son licenciement. Il n'a toutefois pas signalé un risque important de passage à l'acte et dans son rapport du 15 janvier 2016, il a noté que le suivi hebdomadaire mis en place avait permis de stabiliser, voire de diminuer, la symptomatologie anxiodépressive. En août 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a exposé que, depuis janvier 2016, la symptomatologie dépressive ne s'était pas améliorée, mais a précisé que les idées suicidaires étaient moins présentes. Puis, dans le rapport qu'il a établi le 13 septembre 2021 à l'appui de la demande d'allocation pour impotent, ce médecin n'a pas évoqué la nécessité de surveiller l'assuré pour prévenir un risque imminent de passage à l'acte suicidaire. Par ailleurs, lors de son entretien avec l'expert S.\_\_\_\_\_, l'assuré n'a mentionné aucune tentative de suicide, déclarant qu'il pensait « tout le temps » au suicide mais que, contrairement à ce qui avait pu arriver dans le passé, actuellement les pensées restaient théoriques, sans projet concret, et passaient spontanément, en précisant qu'il avait vendu les armes qu'il possédait en

2004 ou 2005 pour éviter d'être tenté d'y recourir en cas d'impulsion suicidaire. Enfin, la recourante a déclaré spontanément aux gendarmes qui l'ont entendue le 30 avril 2019, qu'elle pouvait assurer qu'il ne s'agissait pas d'un suicide. Ainsi, s'il est vraisemblable que l'assuré a pu présenter des idées suicidaires justifiant la crainte d'un passage à l'acte de la part de son épouse, cela n'a toutefois été le cas que sur des périodes limitées, lors de recrudescences passagères de ses symptômes dépressifs. Un besoin de surveillance personnelle permanent ne saurait dès lors être reconnu pour ce motif.

S'agissant de la nécessité d'une surveillance en lien avec le risque de crises d'épilepsie, il faut relever que, selon les neurologues qui ont examiné l'assuré dès 2007, le risque de récurrence ne pouvait être totalement exclu. Cependant, l'intéressé a consulté en 2007 à la suite d'un malaise isolé (cf. rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 3 septembre 2007) et n'a pas signalé de récurrence jusqu'en 2013. Il a ensuite rapporté deux malaises de type absence et un troisième malaise avec perte de connaissance en 2014, soit trois épisodes sur une période de plusieurs mois. Après ces trois récurrences, la médication a été réinstaurée et l'assuré n'a plus jamais signalé de récurrence au Dr T. \_\_\_\_\_ par la suite (cf. rapport de ce médecin du 11 février 2019). Il n'apparaît ainsi pas que la problématique comitiale ait justifié une surveillance de tous les instants, vu le caractère très rare des crises, qui sont de surcroît survenues à des périodes où l'assuré ne prenait pas de médication antiépileptique.

La recourante a encore évoqué la nécessité de tendre un sac à son mari ou d'appuyer fortement sur son estomac en cas d'hyperventilation survenant la nuit, ainsi que de surveiller s'il respirait toujours en raison d'une problématique d'apnée du sommeil. L'assuré n'a cependant pas signalé de telles situations à ses médecins et il faut au contraire constater que l'intéressé a déclaré à l'expert psychiatre que lorsqu'une crise d'angoisse le prenait, celle-ci s'estompait lorsqu'il se livrait à une action pour faire diversion, comme se lever s'il était au lit ou marcher, remettre du bois dans le feu (cf. rapport d'expertise psychiatrique, p. 11). Au demeurant, sans minimiser les craintes

ressenties par la recourante face à l'état de santé de son mari, il faut néanmoins constater que l'intervention d'un tiers pour surveiller des apnées du sommeil ou pour tendre un sacnet ne paraît pas objectivement nécessaire, pas plus qu'une surveillance motivée par le souci de prévenir une consommation d'alcool, puisqu'il ne s'agit pas de prévenir un danger immédiat.

Enfin, la description d'une journée-type donnée par l'assuré à l'expert-psychiatre en 2018 et la reconstitution par la recourante de la journée qui a précédé l'accident de voiture en avril 2019, confirment que l'assuré vaquait à ses occupations sans être surveillé et qu'il n'existait pas un besoin objectif de surveillance par un tiers. Par conséquent, il faut constater que la situation médicale du recourant ne nécessitait pas, objectivement, une surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 38 OLAA entre 2015 et 2019.

**e)** Il apparaît ainsi que les conditions pour reconnaître l'existence d'une impotence au sens de l'art. 9 LPGA et ouvrir le droit à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents n'étaient pas remplies.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 12 septembre 2019 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour B.N. \_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :