

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 613 vom 31. Oktober 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__613

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 613 du 31 octobre 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 613 del 31 ottobre 2023

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, MOYEN AUXILIAIRE, FAUTEUIL ROULANT, FAUTEUIL ROULANT ÉLECTRIQUE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, AA, FRAIS DE TRAITEMENT | 10 al. 1 LAA, 11 LAA, 21 LAA, 26 LAA, 6 al. 1 LAA, 9 LPGA, 11 OLAA, 38 OLAA

Erwägungen

E. 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. b) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente, soit lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé lorsque la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins). Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. L'art. 21 al. 1 LAA prévoit qu'au-delà de la fixation de la rente, le traitement médical est accordé à son bénéficiaire dans les cas énumérés aux lettres a à d, soit notamment lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ou lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c ; TF 8C_125/2022 du 20 septembre 2022 consid. 3 ; 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1 s.). On précisera que les let. a et d de la disposition ne sont pas susceptibles de s'appliquer en l'occurrence, en l'absence de maladie professionnelle et le recourant n'étant pas totalement invalide (TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 consid. 7.3 et les références). Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (TF 8C_179/2014 précité consid. 4.1 s.).

E. 4

a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

E. 5

En premier lieu, le recourant demande la prise en charge par l'intimée d'un séjour de réadaptation en milieu hospitalier. a) On rappelle que l'intéressé a changé de statut avec effet au 1^{er} janvier 2016, et qu'il se trouvait dès lors sous le régime de la rente d'invalidité. Son cas a été considéré comme stabilisé au 31 décembre 2015, signifiant la fin de la prise en charge de ses frais de traitement pour ses différentes atteintes somatiques, hormis une consultation mensuelle auprès d'un médecin traitant, un traitement antalgique quotidien et deux séries de physiothérapie par année. Le recourant a par la suite annoncé des rechutes ou séquelles tardives, au niveau de son genou gauche et de sa cheville droite, qui ont initialement été pris en charge par l'intimée (traitement médical et versement de l'indemnité journalière). La fin de la prise en charge de ces atteintes au titre de rechutes ou séquelles tardives fait l'objet de la procédure connexe AA 149/21. L'état des autres articulations du recourant ne saurait ainsi être à la charge de l'intimée, compte tenu principalement de la décision du 15 décembre 2015, considérant que son état de santé était stabilisé et faute de rechute ou de séquelles tardives d'autres atteintes que celles du genou gauche et de la cheville droite. b) Il semble utile de retracer l'origine de la demande du recourant, s'agissant du séjour de réadaptation à l'Hôpital de [...] des P._____. Le 24 septembre 2020, le recourant s'est présenté au service des urgences des P._____, demandant à entrer dans cet établissement pour une rééducation, muni d'une ordonnance du

Dr L. _____. L'ordonnance, datée de la veille, indiquait uniquement « Demande de prise en charge en orthopédie pour suite de polytraumatisme » (doc. 764). Le jour de son entrée aux urgences, les P. _____ ont demandé une garantie de prise en charge à la SUVA, sous réserve de l'approbation du médecin-conseil de cette dernière et joignant le rapport des urgences (doc. 764). Consulté le même jour, le médecin-conseil a indiqué qu'en l'état du dossier, il n'existait pas d'indication à un séjour en réhabilitation en lien avec l'accident du 2 décembre 2013 (doc. 761). Toujours le même jour, les P. _____ se sont adressés au Dr [...], le priant de remplir un formulaire de demande d'hospitalisation non urgente en sa qualité de médecin traitant, car le Dr L. _____ n'avait pas respecté la procédure en adressant le patient aux urgences, dont ce n'était pas le rôle d'organiser une telle hospitalisation non urgente (doc. 772). Le Dr [...] a rempli le formulaire, indiquant qu'il demandait un transfert de l'intéressé à l'Hôpital de [...] des P. _____, dès le 24 septembre 2020, en vue d'une rééducation locomotrice, pour status sept ans après polytraumatisme à la suite d'un accident de travail et « présence de douleurs séquellaires ++++ » (doc. 766). Le 28 septembre 2020, le médecin-conseil de la SUVA a confirmé son avis précédent, compte tenu des documents des P. _____ du 24 septembre 2020, qui n'apportaient aucun élément médical nouveau qui permettrait de justifier un séjour tel que demandé. L'intimée a communiqué son refus de prise en charge aux P. _____ et à l'assuré le 29 septembre 2020 (doc. 777 et 778). A l'évidence, les pièces émanant des Drs L. _____ et [...] ne sauraient suffire à fonder une obligation de prise en charge du séjour demandé, eu égard aux réquisits jurisprudentiels idoines. Ces médecins n'ont pas expliqué en quoi ce séjour serait nécessaire sur le plan médical et n'ont pas prétendu qu'il améliorerait notablement la capacité de gain du recourant ou empêcherait une notable diminution de celle-ci. Ils n'ont pas indiqué que le séjour serait en lien avec une rechute ou des séquelles tardives. Il en va de mêmes des médecins consultés aux P. _____, qui s'en sont en réalité remis au médecin-conseil de l'intimée quant à la nécessité du séjour demandé, comme rappelé ci-avant. Certains médecins du recourant en France se sont prononcés en faveur d'un séjour de rééducation. Le rapport du 26 août 2020 du Dr [...] indique qu'une rééducation fonctionnelle globale est indiquée afin de permettre, une fois qu'elle serait effectuée, de pratiquer une intervention chirurgicale du genou droit (ligamentoplastie avec réparation méniscale ; doc. 740). Le médecin expose donc que le séjour serait mis en place afin de pouvoir améliorer l'état du genou droit. Or, les troubles au genou droit ne sont plus à la charge de l'intimée, car ils résultent du second accident, qui n'était pas couvert par cette dernière. Pour sa part, le Dr K. _____, dans son rapport du 8 septembre 2020, n'a pas motivé son avis sur le plan clinique ni en lien avec les rechutes annoncées (doc. 747). Il a indiqué que l'état du membre supérieur gauche s'aggravait de plus en plus, et qu'une rééducation devait avoir lieu afin d'obtenir une amélioration et un meilleur résultat. Ces affirmations, imprécises et non étayées, ne sauraient suffire à jeter le doute sur l'appréciation du médecin-conseil de la SUVA, sur laquelle cette dernière s'est fondée pour rendre la décision sur opposition litigieuse s'agissant du séjour en réadaptation (doc. 761 et 776). Cette appréciation a dûment pris en compte les pièces médicales se rapportant à la demande de séjour en réadaptation et aucun élément au dossier ne permet de douter de sa validité. Il est utile de préciser, compte tenu de l'issue de la cause AA 149/21, qu'il n'est pas exclu qu'un traitement médical en lien avec les rechutes ou séquelles tardives soit indiqué et que l'intimée doive le prendre en charge, point sur lequel portera entre autres l'expertise à intervenir. En l'état néanmoins, et compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge le séjour de réadaptation demandé au mois de

septembre 2020, objet de la présente cause.

E. 6

Le recourant demande l'octroi d'un fauteuil roulant électrique, en lien avec les troubles dont il souffre depuis l'accident du 2 décembre 2013. a) Les moyens auxiliaires peuvent faire partie d'un traitement médical (art. 10 al. 1 let. e LAA) ou être destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (art. 11 al. 1, première phrase, LAA). Ils apparaissent comme un complément du traitement médical selon l'art. 10. Toutefois, contrairement au traitement médical, les prestations prévues aux art. 11 à 13 LAA ne tombent pas sous le champ d'application de l'art. 19 al. 1 LAA ; elles peuvent être allouées avant la fixation de la rente ou naître postérieurement à celle-ci, pour autant que les conditions énumérées de l'art. 21 al. 1 LAA soient remplies (ATF 143 V 148 consid. 5.2 et 5.3 ; TF 8C_125/2022 du 20 septembre 2022 ; 8C_776/2016 du 23 mai 2017 consid. 5.3 publié in SVR 2017 UV n° 42 p. 145). b) Le Conseil fédéral établit la liste des moyens auxiliaires (art. 11 al. 1 LAA). A l'art. 19 OLAA, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires et d'édicter des dispositions sur la remise de ceux-ci. Ce département a édicté l'OMAA (ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents ; RS 832.205.12) avec, en annexe, la liste des moyens auxiliaires. Selon l'art. 1 al. 1 OMAA, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires figurant sur la liste en annexe, dans la mesure où ceux-ci compensent un dommage corporel ou la perte d'une fonction qui résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Le droit s'étend aux moyens auxiliaires nécessaires et adaptés à l'atteinte à la santé, d'un modèle simple et adéquat, ainsi qu'aux accessoires indispensables et aux adaptations qu'exige l'atteinte à la santé ; le nombre et les caractéristiques des moyens auxiliaires doivent répondre tant aux exigences de la vie privée qu'à celles de la vie professionnelle (art. 1 al. 2 OMAA). L'annexe à l'OMAA comprend notamment les fauteuils roulants sans moteur (ch. 9.01) et les fauteuils roulants à moteur électrique (ch. 9.02). Ces derniers sont accordés aux assurés incapables de marcher, qui ne peuvent utiliser un fauteuil roulant usuel par suite de paralysies ou d'autres infirmités des membres supérieurs et qui ne peuvent se déplacer de façon indépendante qu'en fauteuil roulant mû électriquement (ch. 9.02 annexe à l'OMAA). Comme pour tout moyen auxiliaire, la prise en charge des frais d'un fauteuil roulant électrique doit répondre aux critères de simplicité et d'adéquation (art. 11 al. 2 LAA ; art. 1 al. 2 OMAA). Ces critères, qui sont l'expression du principe de proportionnalité, supposent, d'une part, que la prestation en cause est propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaît nécessaire et suffisante à cette fin et, d'autre part, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire, compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 135 I 161 consid. 5.1 ; TF 8C_699/2013 du 3 juillet 2014 consid. 3 et les références). Comme toute autre prestation de l'assurance-accidents, l'octroi d'un moyen auxiliaire présuppose, entre autres, l'existence d'un lien de causalité (naturelle et adéquate) entre l'atteinte à la santé et l'évènement accidentel (ATF 129 V 177 consid. 3 ; TF 8C_254/2022 du 3 février 2023 consid. 5.2). c) Il s'agit donc de déterminer en premier lieu si le moyen auxiliaire sollicité, demandé pour la première fois en 2020, est nécessaire et adapté à l'atteinte à la santé. Dans le cas d'un fauteuil roulant, pour remplir cette condition, l'intéressé doit être incapable de marcher (perte d'une fonction). Pour un fauteuil roulant électrique, il faut en sus que la personne ne puisse pas utiliser un fauteuil roulant usuel et ne puisse se déplacer de façon indépendante qu'en fauteuil roulant mû électriquement. En l'occurrence, l'intimée s'est basée sur l'avis de son médecin-conseil pour refuser la prise en

charge du fauteuil électrique. Par avis du 25 septembre 2020, le Dr X. _____ a indiqué que les atteintes en lien avec l'accident initial encore à la charge de la SUVA, à savoir la cheville droite et le genou gauche, ne sauraient nécessiter, voire même médicalement justifier des déplacements en fauteuil roulant (doc. 756). Son avis s'alignait avec le rapport de la Z. _____, dont les médecins n'avaient jamais considéré que l'intéressé ne pouvait pas marcher et avec celui de l'expertise bi-disciplinaire menée par l'OAI. Aucun de ces médecins ne retenait une incapacité à la marche. Selon le Dr X. _____, soit l'intéressé présentait des facteurs non organiques du type de ceux mis en évidence lors du séjour à la Z. _____, soit il existait des facteurs organiques qui ne concernaient pas la SUVA, par exemple des troubles du genou droit. Par avis du 30 septembre 2020, le Dr X. _____ a confirmé son appréciation, compte tenu de nouveaux documents versés au dossier (ordonnance du Dr [...] du 23 septembre 2020 et rapports des P. _____, service des urgences et d'orthopédie, du 24 septembre 2020). Le recourant n'élève pas de grief particulier à l'encontre de cette analyse ; il s'est contenté de renvoyer à différents rapports médicaux qu'il a joint à son acte de recours. On relève que les Drs S. _____ et [...] ont en effet établi des ordonnances pour un fauteuil électrique, respectivement les 9 et 23 septembre 2020 (doc. 748 et 767). Ces ordonnances ne constituent à l'évidence pas des rapports médicaux circonstanciés, qui pourraient être de nature à mettre en doute l'appréciation du médecin-conseil. Elles ne mentionnent pas la nécessité médicale de ce moyen auxiliaire, ni même de trouble de la marche, ou encore d'examen clinique détaillé. Le rapport du service des urgences des P. _____ se borne à constater que le recourant se déplace en fauteuil roulant mécanique, sans en tirer d'appréciation médicale. Il relève une absence d'instabilité de la cheville droite. Le rapport du service d'orthopédie note également que l'intéressé avait « de la peine » à se déplacer, mais sans indiquer que la marche aurait été impossible ou déconseillée médicalement. Par ailleurs, ce dernier rapport consiste largement en un compte-rendu des déclarations de l'intéressé (citations de documents qui n'étaient pas en possession des médecins, nombreuses mentions « a priori », « selon le patient », « anamnèse très compliquée »). Quant au Dr [...], il a indiqué dans son rapport du 26 août 2020 que le recourant se déplaçait « en fauteuil roulant compte tenu de ses difficultés à la marche et de l'impossibilité d'utiliser des cannes compte tenu de ses douleurs des membres supérieurs. Il est porteur d'une attelle articulée permettant de stabiliser son genou droit ». Il n'a ainsi pas attesté que les difficultés à la marche seraient en lien avec le genou gauche ou la cheville droite, et n'a pas motivé, cliniquement ou médicalement, l'incapacité à la marche. Il était par ailleurs consulté pour les problèmes du recourant au genou droit. Ces éléments ne suffisent à l'évidence pas pour nier la valeur probante de l'appréciation du Dr X. _____. Cette appréciation tient compte de tous les éléments médicaux au dossier et elle est congruente avec nombre de rapports. Ainsi, le Dr R. _____ préconisait le sevrage des cannes anglaises et du fauteuil roulant dans son rapport du 9 août 2018 (doc. 623). Le Dr Q. _____ a indiqué dans son rapport du 23 avril 2019 qu'à la sortie du Centre de réadaptation O. _____, l'objectif était la reprise de la marche, que cette dernière avait été possible sur un périmètre d'une centaine de mètres avec des cannes anglaises, et qu'il était indispensable que le recourant poursuive la pratique régulière de la marche. Il ne considérait ainsi absolument pas que le recourant était incapable de marcher. Les experts mandatés par l'OAI ont estimé le 12 juin 2019 que le recourant présentait des limitations fonctionnelles de membres inférieurs, à savoir la marche en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers, les positions agenouillée et accroupie, le port de charges de plus de 5 kg de manière régulière, l'utilisation d'échelles.

Ils n'ont pas considéré que la fonction de la marche était perdue. Ils ont préconisé un traitement antalgique uniquement et relevé une nette divergence entre les lésions subies, la fonction résiduelle, notamment aux membres inférieurs, et l'impact fonctionnel majeur, se traduisant par l'usage de cannes anglaises et d'une chaise roulante (doc. 683 p. 77). Les médecins de la Z. _____, dans leur rapport du 7 novembre 2019, n'ont pas considéré la marche comme impossible. Ils ont noté qu'elle était déclarée impossible sans moyen auxiliaire, et que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les anomalies objectives constatées durant le séjour (doc. 684, p. 8). Ils ont relevé que les atteintes musculosquelettiques des membres inférieurs n'expliquaient pas l'impossibilité alléguée de se tenir debout et la nécessité rapportée d'utiliser des cannes. Il existait en outre des signes d'usure des semelles de chaussures, alors que les déplacements étaient déclarés effectués uniquement à l'aide de la chaise roulante et de cannes anglaises (idem, p. 9). Les limitations fonctionnelles retenues ne contiennent pas la marche ou l'utilisation de cannes anglaises ou de fauteuil roulant. d) Ainsi, il n'est pas établi à satisfaction de droit que sur le plan médical, le fauteuil roulant dont la prise en charge est requise, qu'il soit mécanique ou à plus forte raison électrique, soit nécessaire et qu'il compenserait un dommage corporel ou la perte d'une fonction qui résulterait de l'accident du 2 décembre 2013. Aucun avis médical probant n'établit que le recourant serait incapable de se déplacer en raison de ses atteintes au genou gauche ou à la cheville droite. On rappellera encore qu'en vertu du principe de proportionnalité, un rapport raisonnable doit exister entre le but visé, le bénéfice supposé apporté par le moyen auxiliaire en question et le coût de celui-ci. En l'occurrence, les conditions requises pour l'octroi d'un fauteuil électrique ne sont manifestement pas remplies. Il se justifie donc de confirmer la décision querellée sur ce point également.

E. 7

Le recourant sollicite en outre l'octroi d'une allocation pour impotent. a) En cas d'impotence (art. 9 LPGA), l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. 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). b) Sont déterminants les six actes ordinaires suivants : se vêtir, se dévêtir ; se lever, s'asseoir, se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2; 127 V 94

consid. 3c et les références ; TF 8C_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3). 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 148 V 28 consid. 6.5.1; 121 V 88 consid. 3c; 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 (TF 8C_314/2022 précité). c) Selon la jurisprudence relative à l'acte de manger, l'aide requise est déjà importante lorsque l'assuré peut certes manger seul mais n'est pas capable de couper les aliments ou lorsqu'il ne peut porter ceux-ci à la bouche qu'avec les doigts (ATF 136 V 172 consid. 5.3.3; 106 V 153 consid. 2b). S'agissant de la fonction partielle de couper les aliments, l'intervention extérieure ne doit pas être requise uniquement de manière intermittente, en cas de nourriture trop dure. Pour qu'il y ait impotence, il faut que l'assuré soit dépendant de l'aide directe ou indirecte de tiers donnée régulièrement et dans une mesure importante ; le fait que les actes soient seulement rendus plus difficiles ou ralentis par l'infirmité ne suffit pas (ATF 117 V 148 consid. 2 ; TF 8C_314/2022 précité). d) En l'occurrence, l'intimée a refusé d'octroyer une allocation pour impotent au recourant, essentiellement sur la base du rapport d'enquête du 20 octobre 2020 (doc. 788 et 789). En procédure judiciaire, le recourant n'a pas élevé de grief précis à l'encontre de la position de l'intimée ; il a maintenu que ses atteintes n'étaient pas correctement prises en compte, et qu'elles devraient donner lieu à l'octroi de la prestation demandée. Il a renvoyé aux avis de ses médecins traitants. S'agissant de l'acte se vêtir et se dévêtir, le recourant a indiqué lors de l'enquête concernant l'impotence qu'il avait besoin de l'aide de son épouse notamment pour ses chaussures et chaussettes. Une telle aide ne saurait être qualifiée d'importante et régulière, au regard de la jurisprudence en la matière et en particulier de l'obligation de diminuer le dommage, ainsi que de l'existence de vêtements et chaussures adaptés (cf. par exemple TF 8C_437/2009 du 3 décembre 2009 consid. 5.4). On rappellera à ce stade et avec l'intimée que le foyer du recourant comprend sa compagne et leurs cinq enfants, de sorte qu'un certain soutien de sa famille est exigible dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage (idem et les références ; sur l'obligation de diminuer le dommage, cf. également ATF 114 V 281). Quant à l'acte de manger, le recourant a déclaré avoir besoin de rares exceptions d'aide pour couper un aliment plus dur. Cela ne saurait remplir les conditions idoines, compte tenu de la jurisprudence rappelée ci-dessus qui exclut précisément ce cas de figure. Le besoin d'aide déclaré par le recourant pour se laver et savonner le dos, une fois par mois, ne remplit à l'évidence pas les réquisits rappelés ci-avant pour une aide importante et régulière. Au demeurant, comme l'a relevé l'intimée, aucun rapport médical au dossier ne soutient que les troubles du recourant au genou gauche et à la cheville droite entraveraient ce geste. S'agissant de l'aide requise pour les déplacements à l'intérieur du logement et à l'extérieur de celui-ci, le recourant a indiqué être accompagné en permanence, et faire des chutes régulières qui nécessitaient qu'on l'aide à se relever. Cependant, aucun document médical probant au dossier ne soutient un tel besoin d'aide. Conformément aux considérations ci-avant, l'incapacité à la marche en lien avec les troubles à la charge de l'intimée a été niée et les limitations fonctionnelles retenues dans ce cadre concernent uniquement la marche en terrain irrégulier ou difficile. Les rapports des médecins traitants du recourant ne sauraient suffire à jeter le doute sur cette appréciation. Le Dr S. _____ a ainsi attesté un besoin

d'accompagnement, sans étayer cette affirmation sur le plan médical (rapport du 9 septembre 2020, doc. 744). De plus, il a évoqué un accompagnement dans les démarches administratives, ce qui n'est pas du ressort de l'assurance-accidents. Par ailleurs, le Dr K. _____ a certes indiqué que l'état actuel du recourant nécessitait un accompagnant dans ses déplacements extérieurs et intérieurs (rapport du 8 septembre 2020, doc. 744). Toutefois, ce médecin n'a pas objectivé ce constat sur le plan médical et il a même précisé que la personne aidante était de plus en plus fatiguée, ce qui laisse à penser qu'il s'est borné à retranscrire les déclarations de son patient. Il en va de même de l'attestation du 4 septembre 2020 de la Dre B. _____, qui a uniquement signalé que l'état de santé du recourant justifiait un accompagnement dans tous ses déplacements, sans aucune motivation à cet égard (doc. 744). Au vu de ce qui précède, aucun élément au dossier ne met sérieusement en doute les conclusions de l'intimée s'agissant de l'allocation pour impotent sollicitée. Il se justifie de confirmer la décision sur opposition litigieuse sur ce point également, le recourant ne présentant pas d'impotence au sens de l'assurance-accidents.

E. 8

a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer des dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA a contrario et ATF 127 V 205 consid. 4b).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.