

GE_GERICHTE A/1478/2012 vom 23. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1478_2012

FR: GE_GERICHTE A/1478/2012 du 23 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/1478/2012 del 23 gennaio 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame L_____, domiciliée c/o Mme M_____ à Genève, représentée par Maître Jean-Marie AGIER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT 1. Madame L_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née N_____ en 1952 a travaillé comme employée de banque jusqu'en décembre 1990. Elle est au bénéfice d'une rente d'invalidité entière depuis le 1 er février 1992, compte tenu d'un degré d'invalidité de 70% lié à une kératite herpétique et un cluster headache, l'empêchant d'effectuer un travail à la lumière artificielle et face à un écran.![endif]>![if> 2. Selon le registre informatique de l'Office cantonal de la population (ci-après l'OCP), l'assurée a quitté son domicile genevois pour Habère-Lullin (France) le 27 juillet 1998.![endif]>![if> 3. Dans un questionnaire pour la révision de la rente complété le 6 janvier 1999, l'assurée a déclaré n'avoir pas exercé d'activité lucrative dépendante ou indépendante après le 11 avril 1994.![endif]>![if> 4. En date du 15 septembre 2001, l'assurée a été victime d'un accident de la route ayant entraîné l'amputation à mi-jambe de son membre inférieur droit ainsi qu'un état dépressif réactionnel.![endif]>![if> 5. Selon le registre informatique de l'OCP, l'assurée résidait à nouveau dans le canton à compter du 1 er janvier 2002.![endif]>![if> 6. Par décision du 27 mars 2002, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après l'OAIE) a accordé à l'assurée des prothèses tibiales pour la jambe droite sur prescription médicale. Le début du droit était fixé au 3 janvier 2002.![endif]>![if> 7. Par décision du 24 juillet 2002, l'OAIE a octroyé à l'assurée un fauteuil roulant manuel de type KUSCHALL, modèle K4 AIRLITE.![endif]>![if> 8. Par décision du 25 novembre 2003, l'OAIE a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100% à compter du 17 septembre 2001. Le droit à une rente entière en découlant a été maintenu sans interruption au fil des révisions intervenues à ce jour.![endif]>![if> 9. Dans un questionnaire de révision de rente complété le 3 octobre 2004 et reçu le lendemain par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI ou l'intimé), l'assurée a fait état d'une aggravation de son état de santé depuis 2004 et sollicité des mesures médicales consistant en une résection du moignon du membre inférieur droit.![endif]>![if> 10. Intervenant dans le cadre de la demande de révision du 3 octobre 2004, le Dr O_____ a rendu un rapport intermédiaire du 30 juin 2005 au médecin-conseil de l'OAI aux termes duquel l'assurée avait subi une opération de résection de névromes les 8 avril et 11 juin 2005. Ce document ajoutait que la présence de ces névromes au niveau d'amputation de la jambe droite rendait difficile l'appareillage, raison pour laquelle l'opération précitée avait été décidée. À la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'était globalement amélioré depuis, le Dr O_____ a répondu qu'il était encore trop tôt pour se prononcer. Au chapitre des limitations fonctionnelles, ce rapport intermédiaire faisait état de difficultés du port de la prothèse et précisait que la prothèse

définitive ne pouvait pas être adaptée dans un délai si court après une reprise chirurgicale.

11. Dans un courrier du 1^{er} novembre 2005, l'assurée a invité l'OAI à prendre en charge un traitement médical. Deux lettres étaient annexées à ce courrier. La première, de la main du Dr P _____, était adressée à LA CAISSE VAUDOISE, caisse-maladie de l'assurée et sollicitait la prise en charge d'un traitement par toxine botulique destiné à combattre une hypersudation très abondante au niveau du creux poplité qui entraînait une macération invalidante sur le silicone de la prothèse. La seconde, émanant de LA CAISSE VAUDOISE, signifiait au Dr P _____ le refus de prendre en charge le traitement proposé au motif que l'indication thérapeutique citée par ce praticien ne correspondait pas à la limitation de la liste des spécialités (LS) et que l'assurée ne bénéficiait pas d'une assurance complémentaire.

12. Le 7 novembre 2005, l'OAI a confié un mandat au Service médical régional AI (ci-après SMR) pour connaître l'avis de ce service concernant la prise en charge du traitement d'injection par toxine botulique dont la prise en charge était sollicitée par l'assurée.

13. Par avis du 8 novembre 2005, le SMR a considéré que la situation n'était pas encore suffisamment stabilisée et qu'il convenait de refuser des mesures médicales consistant dans le traitement de l'affection comme telle.

14. Par décision du 18 novembre 2005, confirmée sur opposition le 16 janvier 2006, l'OAI a refusé la prise en charge du traitement par toxine botulique sollicité par l'assurée. À l'appui de son refus, il a fait valoir que les mesures médicales de l'AI n'ont pas pour vocation de traiter l'affection en tant que telle, mais visent la réadaptation professionnelle par la correction de séquelles ou de troubles fonctionnels stabilisés.

15. Par décisions des 14 décembre 2006, 29 juin 2007, 5 novembre 2007, 1^{er} et 3 juillet 2009, l'OAI a accepté de donner suite à plusieurs demandes de l'assurée tendant soit au remplacement, soit à la réparation de sa prothèse tibiale.

16. Par courrier du 21 décembre 2009, l'assurée a requis de l'OAI la prise en charge des frais de réparation de sa prothèse selon facture n° _____, du 28 juillet 2007, de la maison X _____ ORTHOPEDIE d'un montant de 937,59 euros. Elle a également demandé à l'OAI de rendre une décision concernant le devis de 5'921.94 euros établi par la même entreprise le 12 août 2009 pour le remplacement, sur prescription médicale, de la prothèse endosquelettique de la jambe droite.

17. Par courrier du 15 février 2010 reçu le 26 février 2010 par l'OAI, l'assurée a exposé que les composants mentionnés dans le devis du 12 août 2009 de la maison X _____ ne lui convenaient pas et qu'elle était sans prothèse depuis décembre 2009. En conséquence, elle a invité l'OAI à prendre en considération un nouveau devis de 7'293.78 euros établi par la même entreprise en date du 18 février 2010.

18. Par courrier du 4 mars 2010, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre de moyens auxiliaire de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (ci-après: la FSCMA) en vue d'examiner la demande de l'assurée du 21 décembre 2009.

19. Dans son rapport de consultation du 7 mai 2010, la FSCMA a exposé que l'état de santé général de l'assurée était moyen et que les suites de l'amputation à mi-jambe du membre inférieur droit se sont révélées difficiles, le moignon étant atteint de névromes chroniques et de spicules osseux provoquant des douleurs permanentes. S'agissant du renouvellement de la prothèse droite, le rapport indiquait que celui-ci était motivé par le fait que l'assurée avait perdu du poids et que la prothèse n'était plus adaptée, car le fût d'emboîture était maintenant trop grand pour le moignon. Le rapport de la FSCMA en concluait que le renouvellement de la prothèse tibiale actuelle était envisageable. Concernant le devis du 18 février 2010 de la maison X _____, le rapport précisait que

celui-ci était correct à ceci près qu'il convenait de remplacer le pied à restitution d'énergie de classe III par un pied prothétique de gamme moyenne moins onéreux.![endif]>![if> 20. Par courriel du 20 mai 2010 adressé à l'OAI, la FSCMA a indiqué que compte tenu d'œdèmes générant des variations de volume importantes du moignon, l'assurée était allée chez le médecin. Celui-ci avait rédigé une prescription pour un deuxième liner en silicone plus épais que le liner actuel, l'idée étant d'alterner les deux liners suivant les variations de volume. À la lumière de ces éléments, ce courriel concluait que le deuxième liner était justifié et que sa prise en charge pouvait être envisagée.![endif]>![if> 21. Dans un courrier reçu le 25 mai 2010 par l'OAI, l'assurée a fait référence au courriel de la FSCMA du 20 mai 2010 et annexé un devis du 20 mai 2010 de la maison X_____, d'un montant de 1'224.03 euros correspondant à un manchon gel épais de silicone. Elle a également joint à son envoi la prescription médicale du Dr R_____ relative à cet accessoire.![endif]>![if> 22. Par décision du 4 août 2010, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts de renouvellement de la prothèse tibiale droite selon le devis du 18 février 2010 pour un montant total corrigé de 6'615.79 euros ainsi que les frais d'acquisition d'un second manchon selon le devis daté du 20 mai 2010 de la maison X_____ pour un montant de 1'224.03 euros TTC.![endif]>![if> Cette décision précisait que la correction apportée au devis du 18 février 2010 était motivée par le remplacement du pied prothétique de classe III qui y figurait par un modèle de gamme moyenne. 23. Le 13 septembre 2011, l'entreprise Y_____, techniciens orthopédistes, a adressé à l'Office AI un devis n o D2011 09012 d'un montant de 9'294 fr. 25 pour le remplacement de la prothèse tibiale de l'assurée. La prescription médicale correspondante du Dr. R_____, datée du 12 septembre 2011, était annexée à cet envoi.![endif]>![if> 24. Par courrier du 15 septembre 2011, Me Jean-Marie AGIER, mandataire de l'assurée, s'est référé au devis du 13 septembre 2011 et à l'ordonnance du Dr. R_____ du 12 septembre 2011 et a sollicité le renouvellement de la prothèse de sa mandante.![endif]>![if> 25. Faisant suite à la demande de renouvellement, l'OAI a informé directement l'assurée par courrier du 26 septembre 2011 qu'il avait confié un mandat d'expertise à la FSCMA en vue d'examiner les modalités de prise en charge du moyen auxiliaire requis.![endif]>![if> 26. Dans un rapport de consultation établi le 21 octobre 2011, la FSCMA a exposé qu'aux dires de l'assurée, la situation de cette dernière s'était péjorée depuis une année. La FSCMA a relevé pour sa part que la tête du péroné présentait une excroissance qui provoquait des appuis dans l'emboîture et causait même des blessures à l'assurée. Elle a ajouté que malgré des adaptations déjà réalisées au niveau du fût, la réalisation d'une nouvelle emboîture était la meilleure solution pour dégager la tête du péroné. Elle a précisé que le pied articulé qui avait été installé sur la prothèse actuelle n'avait pas été pris en charge par l'assurance-invalidité, mais que l'assurée avait mis la différence (env. 1'000 fr.) de sa poche pour acquérir ce composant qui offre un meilleur amorti dans les terrains en pente ou accidentés et permet aussi le port de différents types de chaussures grâce à un talon réglable. ![endif]>![if> Relevant que le cas de l'assurée était délicat et son appareillage pas simple, la FSCMA a indiqué que l'entreprise Y_____ avait repris le même concept de réalisation que le fournisseur précédent, soit un manchon en silicone avec un ancrage distal et un pied prothétique articulé, puisque cette combinaison d'éléments semblait bien convenir à l'assurée. En conclusion, la FSCMA a considéré que le renouvellement de la prothèse tibiale droite de l'assurée était nécessaire et justifié. Elle a ajouté qu'il lui paraissait envisageable d'y procéder selon le devis n o D2011 09012, d'un montant de 9'294 fr. 25, établi le 13 septembre 2011 par la maison Y_____. 27. Par projet de décision du 31

octobre 2011 adressé directement à l'assurée, l'OAI a refusé de prendre en charge le renouvellement de sa prothèse tibiale droite au motif que cette obligation incombe prioritairement à l'assurance-accident, lorsque, comme en l'espèce, le port d'une prothèse est consécutif à un accident. 28. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée, par courrier du 15 novembre 2011 à l'OAI, a exposé qu'elle n'était pas une travailleuse salariée lors de l'accident du 17 septembre 2001 [recte : 15 septembre 2001] et qu'en conséquence, elle n'était pas assurée en assurance-accidents obligatoire de sorte que l'ordre de priorité établi par la loi pour la prise en charge de moyens auxiliaires ne la concernait pas. Pour le surplus, l'assurée a invité l'OAI à prendre en charge les frais de renouvellement de sa prothèse et, dans le cas contraire, d'envoyer à son mandataire le CD-Rom de son dossier. 29. Après deux relances datées des 8 décembre 2011, respectivement 23 janvier 2012, restées sans réponse de la part de l'OAI, l'assurée s'est adressée à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: OFAS) par courrier du 17 février 2012 pour expliquer que l'OAI n'avait toujours pas réagi à son courrier du 15 novembre 2011. L'assurée ajoutait qu'elle ne pouvait tout simplement pas se déplacer sans sa prothèse. 30. Par décision du 5 mars 2012 notifiée directement à l'assurée, l'OAI a refusé de donner suite à la demande de renouvellement de la prothèse. Il a fait valoir que la prise en charge de moyens auxiliaires ressortissait à l'assurance-invalidité que pour autant qu'elle n'incombe pas à l'assurance-accidents ou à l'assurance militaire. L'OAI a précisé qu'après investigation, l'assurée disposait d'une couverture assurance-accidents obligatoire auprès de la Caisse Vaudoise (Groupe Mutuel) lors de la survenance de l'accident du 17 septembre 2001 [recte : 15 septembre 2001]. 31. Par courrier du 2 mai 2012, le mandataire de l'assurée s'est référé à la décision du

E. 5

mars 2012 qu'il avait reçue de l'OAI le 30 avril 2012 par pli recommandé. Il a prié ce dernier de lui faire parvenir le CD-Rom de tout le dossier AI de l'assurée compte tenu du délai de 30 jours qui lui était imparti pour recourir contre la décision du 5 mars 2012. 32. Dans un courrier du 10 mai 2012 adressé au mandataire de l'assurée, l'OFAS a indiqué que selon les renseignements qu'il avait obtenus de l'OAI, la décision concernant le refus de prise en charge de la prothèse tibiale droite avait bien été rendue le 5 mars 2012. 33. Constatant que selon les informations données par le mandataire de l'assurée, cette dernière n'était pas assurée en assurance-accidents obligatoire lors de son accident du 17 septembre 2001 [recte : 15 septembre 2001], l'OFAS a affirmé que si l'assurée n'était pas au bénéfice d'une couverture en cas d'accidents selon la LAA, elle bénéficiait bien d'une couverture auprès de sa caisse maladie, la Caisse Vaudoise. Se référant à l'ordre de prise en charge fixé par la loi, l'OFAS a estimé que l'assurance-accidents, quelle qu'elle soit, intervient en premier lieu. Dans le cas d'espèce, elle a conclu qu'il incombait à la "Caisse cantonale" de prendre en charge les frais relatifs à la prothèse tibiale de l'assurée. 34. Selon le registre informatique de l'OCP, l'assurée a quitté son domicile genevois sis 9, rue S_____ pour Habère-Lullin (France) le 11 mai 2012. 35. Par acte daté du 15 mai 2012, l'assurée, représentée par son mandataire, a recouru contre la décision de l'OAI du 5 mars 2012, reçue par son mandataire le 30 avril 2012. Elle conclut à ce que cette décision soit réformée en ce sens qu'il est dit que l'assurée a droit à la prise en charge d'une prothèse tibiale droite. À l'appui de ses conclusions, l'assurée a repris en substance l'argumentation développée dans son courrier du 15 novembre 2011 à l'OAI. 36. Dans sa réponse du 13 juin 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours. Renvoyant aux pièces du dossier en ce qui concerne les faits, il

s'est fondé sur le courrier de l'OFAS du 10 mai 2012 pour soutenir qu'en matière de coordination des prestations, il importait peu de savoir si l'assurance-accidents intervenait en tant qu'assureur-accidents obligatoire ou non.![endif]>![if> 36. Par acte daté du 9 juillet 2012, la recourante a requis un second échange d'écritures. Dans cette perspective, elle a répliqué d'office à la réponse de l'intimé du 13 juin 2012 et persisté dans ses conclusions prises le 15 mai 2012 en reprenant en substance l'argumentation développée dans sa première écriture.![endif]>![if> 37. Par communication du 10 juillet 2012, la Cour de céans a imparti un délai au 27 juillet 2012 pour faire part de ses éventuelles observations.![endif]>![if> 38. Après avoir sollicité et obtenu de la Cour de céans une prolongation de délai au 21 août 2012, l'intimé, par acte du 20 août 2012, a annoncé qu'il n'avait pas d'observations particulières à formuler suite à l'écriture de la recourante du 9 juillet 2012.![endif]>![if> 39. Le 22 août 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à l'assurance invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. ![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date de la décision litigieuse (ATF 130 V 335 consid. 1.2; 130 V 230 consid. 1.1; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).![endif]>![if> En l'espèce, la décision litigieuse, du 5 mars 2012 ainsi que les faits justifiant un éventuel remplacement des moyens auxiliaires de la recourante sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Cette décision est également postérieure à l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2011, de la modification du 25 mai 2011 de l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité du 29 novembre 1976 (OMAI; RS 831.232.51). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des normes de la LPGA, des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi et des modifications de l'OMAI du 25 mai 2011, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 4. a) Aux termes de l'art. 60 al. 1^{er} LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. ![endif]>![if> Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font

pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Selon la jurisprudence, l'absence de notification de la décision au mandataire titulaire d'une procuration constitue un cas de notification irrégulière (RCC 1977 p. 156). En pareil cas, l'exercice des voies de recours par l'assuré ne saurait être limité ou tenu en échec (KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, p. 621 ad art. 49 LPGA et les réf. citées). En l'espèce, l'intimé a adressé une première fois par pli simple la décision du 5 mars 2012 directement à l'assurée. En date du 30 avril 2012, le mandataire de la recourante a reçu copie de cette décision par courrier recommandé de l'intimée. Au vu des principes exposés plus haut, le recours, déposé le 15 mai 2012, a été interjeté dans le délai prescrit. b) Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (al. 2, 1^{ère} phrase). A teneur de l'art. 69 al. 1 let. b LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (let. a); les décisions de l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral (let. b). En l'espèce, la décision litigieuse n'a pas été rendue par l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger mais par l'office AI du canton de Genève. L'art. 69 al. 1 let. b LAI n'est ainsi pas applicable. Encore domiciliée dans le canton lors de la notification de la décision litigieuse, la recourante ne l'était plus au moment du dépôt du recours. Cela étant, dès lors qu'elle avait son dernier domicile à Genève avant son départ pour la France, la Cour de céans est compétente pour connaître de son recours qui a été interjeté le 15 mai 2012 dans les forme et délai prescrits. Partant, celui-ci est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ/GE). 5. La question litigieuse consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'assurance-invalidité a refusé de prendre en charge les frais de remplacement de la prothèse tibiale droite de l'assurée, motif pris que cette obligation incombe à l'assurance- accidents obligatoire. 6. a) En matière de coordination des prestations, l'art. 63 al. 1 LPGA prévoit que les règles de coordination prévues dans la présente section s'appliquent aux prestations allouées par plusieurs assurances sociales. Alors que l'art. 64 LPGA règle l'ordre de prise en charge des frais de traitement, l'art. 65 LPGA le fait pour les autres prestations en nature tels que les moyens auxiliaires ou les mesures de réadaptation. Aux termes de cette dernière disposition, les autres prestations en nature sont, dans les limites de la loi spéciale concernée et dans l'ordre ci-après, prises en charge par: - l'assurance militaire ou l'assurance-accidents (let. a); - l'AVS ou l'AI (let. b); - l'assurance-maladie (let. c). À l'inverse des frais de traitement qui sont soumis au principe de la priorité absolue, les prestations en nature autres que les frais de traitement sont soumises au principe de la priorité relative. Selon ce principe, une prestation est accordée en priorité par un assureur sans que soit exclue l'intervention d'un autre assureur qui alloue une prestation plus étendue pour la part non couverte du dommage. Bien que l'assureur-accidents intervienne en priorité selon la hiérarchie établie par l'art. 65 LPGA, il se peut qu'une autre assurance soit aussi appelée à verser des prestations plus étendues. C'est le cas pour certains moyens de réadaptation professionnelle qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-accidents. Il en va ainsi, par exemple, des frais d'adaptation au poste de travail (FRESARD, MOSER-SZELESS in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2003/2007, p. 949, n. 373; FRESARD-FELLAY,

Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable ou son assureur, 2007, pp. 440-441). b) Les prothèses tibiales entrent dans la catégorie dite des "prothèses fonctionnelles pour les pieds et les jambes" qui est prévue à la fois par l'assurance-accidents (cf. ch. 1.01 de la liste des moyens auxiliaires de l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents - OMAA; RS 832.205.12) et par l'assurance-invalidité, à ceci près que cette dernière assurance emploie le terme "prothèses fonctionnelles définitives pour les pieds et les jambes" (cf. ch. 1.01 de la liste des moyens auxiliaires de l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité - OMAI; RS831.232.51). Des prothèses dites "des extrémités" sont également prévues dans la liste des moyens et appareils (LiMA) de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie - OPAS; RS 832.112.31). c) Selon l'art. 1 a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de la présente loi les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés. Aux termes de l'art. 1 OLAA, est réputé travailleur selon l'art. 1 a, al. 1, de la loi quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la législation fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS).

E. 7

En l'espèce, la recourante soutient qu'elle n'était pas une travailleuse salariée lors de l'accident du 15 septembre 2001, ce que l'intimé ne conteste pas. Bien plus, celui-ci affirme dans la décision querellée que lors de la survenance de l'accident du 17 septembre 2001 [recte : 15 septembre 2001], la recourante disposait d'une couverture accident obligatoire auprès d'une caisse maladie, la Caisse Vaudoise (Groupe Mutuel). Étant donné qu'il ressort également des pièces versées à la procédure qu'aucune activité lucrative n'a été exercée par la recourante après 1994, la Cour de céans considère l'absence de couverture accident au sens de la LAA comme un fait établi lors de la survenance de l'accident du 15 septembre 2001. Se fondant sur le courrier de l'OFAS du 10 mai 2012, l'intimé considère toutefois que l'ordre de prise en charge prévu par l'art. 65 LPGA ne se préoccupe pas de savoir si l'assurance-accidents intervient en tant qu'assureur obligatoire ou non. Pour sa part, la recourante considère que dans la mesure où elle n'était pas assurée en assurance-accidents obligatoire lors de l'accident du 15 septembre 2001, c'est à l'assurance-invalidité de prendre en charge les moyens auxiliaires auxquels elle prétend.

E. 8

L'intimé, qui succombe, s'acquittera d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) et versera une indemnité de 1'000 fr. à la recourante à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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