

VD_GERICHTE ZA10.027536 vom 17. Dezember 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA10.027536

FR: VD_GERICHTE ZA10.027536 du 17 décembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZA10.027536 del 17 dicembre 2010

Erwägungen

E. 3

Concernant les diverses dépenses évoquées dans votre opposition et que vous avez dû supporter, nous relevons que l'assureur- accidents prend en charge uniquement les moyens auxiliaires mentionnés dans la liste exhaustive annexée à l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance accidents (OMAA). Les dépenses auxquelles vous faites allusion dans votre opposition concernent des moyens qui ne font pas partie de cette liste. Il en va de même pour l'installation du lift. Il appartient à l'assurance- invalidité de se prononcer sur ces éléments.

E. 4

Finalelement, c'est à raison que vous relevez que la période de mai 2009 à juin 2010 correspond à 14 et non à 13 mois. L'allocation pour impotent de mai 2009 à juin 2010 est de CHF 29'064.- et non de CHF 26'988. Après déduction de la somme de CHF 21'702.65 correspondant aux frais non médicaux du CMS [...], c'est donc la somme de CHF 7'361.35 qui vous revient." C. a) L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 27 août 2010, reçue céans le 30 août 2010. Il expose qu'il ne conteste pas le fait que l'intimée ne prenne pas en charge les factures du CMS de [...] puisqu'elles concernent des soins à caractère non médical; en revanche, il conteste le fait que l'intimée les déduise du rétroactif d'allocation pour impotent au lieu d'en réclamer le remboursement directement à son assurance-maladie, qui selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMaI (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) est tenue d'allouer des prestations en cas d'accident dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. Le recourant estime ainsi qu'en application de l'art. 71 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), son assurance-maladie doit rembourser les avances faites par l'intimée, dans la mesure où elles correspondent aux prestations qu'elle aurait dû elle-même allouer.

- 6 - Par ailleurs, le recourant fait valoir qu'à l'ATF 127 V 94, le Tribunal fédéral a été amené à examiner si le concours des soins de base à caractère non médical avec une allocation pour impotent constituait un cas de surindemnisation. Il a constaté que l'allocation pour impotent destinée à couvrir des frais relatifs aux soins de base liés aux six actes ordinaires de la vie était de même nature que les soins de base prévus à l'art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31). Toutefois, après avoir constaté que l'aide dans l'accomplissement de certains de ces actes ne s'effectuait pas toujours dans le cadre des soins de base selon l'OPAS, le Tribunal fédéral a admis qu'il n'y avait pas lieu de retrancher automatiquement le montant intégral de l'allocation pour impotent des prestations dues par l'assurance-maladie et a fixé à 56% du montant de l'allocation pour impotent de degré grave les frais non couverts par l'OPAS, qui ne devaient

pas être pris en compte dans le cadre du calcul de la surindemnisation. Dès lors, en l'espèce, étant donné qu'il peut faire état de frais occasionnés par sa maladie – frais dont il donne la liste avec référence à des pièces qu'il produit – et non pris en charge par une assurance sociale, ou seulement en partie, le recourant conteste le fait que la totalité de son allocation pour impotent soit retenue à titre de remboursement des frais à caractère non médical. Le recourant conclut ainsi à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimée doit s'adresser directement à son assurance-maladie pour le remboursement des frais de soins à caractère non médical, et qu'elle doit lui verser à lui-même la totalité du rétroactif de l'allocation pour impotent ou à tout le moins 56% de ce montant après compensation avec les frais des soins à caractère non médical à charge de l'assurance-maladie. b) Dans sa réponse du 30 septembre 2009, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle expose qu'en prenant en charge l'entier des factures du CMS de [...] de mai 2009 à mars 2010, elle a alloué des prestations qui n'étaient en partie pas dues, puisque seuls les soins proprement médicaux et infirmiers à l'exclusion des autres soins comme

- 7 - l'aide pour les actes ordinaires de la vie et les soins corporels peuvent être pris en charge par l'assureur-accidents aux conditions des art. 21 al. 1 LAA et 18 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Selon l'intimée, il est par contre d'usage de prendre en charge ce genre de prestations (frais non médicaux) dans les cas où une allocation pour impotent sera accordée ultérieurement, couvrant justement ce genre de prestations. Dans ces cas, lors de l'octroi de l'allocation pour impotent, il est tenu compte des montants déjà versés afin d'éviter une double prise en charge. Le recourant ne saurait ainsi prétendre à la prise en charge des frais non médicaux et à l'octroi d'une allocation pour impotent pour la même période. Dans la mesure où des prestations qui n'étaient pas dues ont été octroyées au recourant, c'est à juste titre que le remboursement peut en être réclamé, étant précisé qu'en l'espèce, en raison de l'octroi d'une allocation pour impotent, le montant à rembourser a été par simplification compensé avec les prestations versées à tort. L'intimée estime par ailleurs que le recourant se méprend lorsqu'il affirme que l'on a affaire à un conflit entre assureurs quant à l'octroi de prestations. En effet, le présent litige concerne uniquement les prestations de l'intimée en tant qu'assureur-accidents; concernant les prestations allouées par la caisse-maladie (pour autant qu'il y en ait), il appartient à cette dernière d'en déterminer l'étendue et non à l'intimée, assureur-accidents. Faisant valoir que l'ATF 127 V 94 cité par le recourant ayant trait au problème de surindemnisation n'est pas pertinent en l'espèce, car il concerne le concours de prestations de l'assurance-maladie et de l'AVS/AI, l'intimée renvoie pour le surplus à la décision attaquée. c) Dans sa réplique du 25 octobre 2010, le recourant expose que la jurisprudence du Tribunal fédéral pose le principe selon lequel l'allocation pour impotence ne doit pas couvrir uniquement les soins de base de l'art. 7 aI. 2 let. c ch. 1 OPAS, mais tous autres frais encourus par la personne impotente. Selon lui, il ne serait pas normal que ce principe ne soit pas appliqué dans le cadre de l'assurance-accidents et que l'intégralité de son allocation pour impotence serve à compenser des soins

- 8 - de base, alors qu'il a eu d'autres frais occasionnés par son handicap. Il maintient dès lors les conclusions de son recours. d) Dans sa duplique du 17 novembre 2010, l'intimée expose qu'une allocation pour impotent est octroyée si l'assuré, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA, art. 26 LAA).

Selon la jurisprudence constante, les actes ordinaires de la vie sont classés en six catégories, soit (1) se vêtir et se dévêtir, (2) se lever, s'asseoir, se coucher, (3) manger et boire, (4) faire sa toilette, (5) faire ses besoins et (6) se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison, établir des contacts (ATF 117 V 31 consid. 4h; 127 V 97; 121 V 88 consid. 3a). C'est pour les frais nécessaires à ces actes de la vie quotidienne que l'allocation pour impotent est octroyée. L'intimée estime que le recourant se base à tort sur l'OPAS qui définit les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie alors que l'intimée intervient ici en tant qu'assureur-accidents selon la LAA. Se référant pour le surplus à ses précédentes écritures, l'intimée confirme dès lors ses précédentes conclusions. e) Le 24 novembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60

- 9 - al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile contre la décision sur opposition rendue le 3 août 2010 par C. _____ et déposé auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant à [...], est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. (cf. consid. 2b infra), la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimée était fondée à réclamer au recourant, par compensation sur le montant dû rétroactivement à ce dernier à titre d'allocation pour impotent, le remboursement d'une part des factures relatives aux soins de mai 2009 à mars 2010 qu'elle avait déjà réglées au CMS de [...]. Il n'est pas contesté que cette part correspond aux soins non médicaux et qu'elle s'élève à 21'702 fr. 65. L'intimée a toutefois accepté de limiter sa prétention en remboursement au montant des allocations pour impotent dues pour la période de mai 2009 à mars 2010, soit à 20'760 fr. (10 x 2'076 fr.), de sorte que c'est sur ce dernier montant que porte le litige.

- 10 - 3. a) L'art. 26 LAA dispose qu'en cas d'impotence (art. 9 LPGA), l'assuré a droit à une allocation pour impotent. 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. Les conditions du droit à l'allocation sont les mêmes que celles requises pour le droit à une

allocation pour impotent dans l'assurance-invalidité (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd. 2007, n. 245 p. 919). L'art. 38 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) définit trois degrés d'impotence (grave, moyenne et faible) qui se recouvrent avec ceux de l'art. 37 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201); aussi bien la notion d'impotence est-elle identique dans les deux assurances (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 245 p. 919 et les références). L'allocation pour impotent, qui est versée mensuellement, s'élève à six fois le montant maximum du gain journalier assuré en cas d'impotence grave, à quatre fois si elle est moyenne et à deux fois si elle est de faible degré (art. 38 al. 1 OLAA). Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c; 125 V 297 consid. 4a; 124 II 241 consid. 4c; 121 V 88 consid. 3a et les références; TFA I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1.1; TF 8C_158/2008 du 15 octobre 2008 consid. 2 et les références), les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art.

E. 9

LPGA comprennent les six actes ordinaires suivants: se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux W.-C.; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts. C'est pour compenser l'aide nécessaire à ces actes de la vie quotidienne que l'allocation pour impotent est octroyée. b) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au

- 11 - logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). L'assurance couvre aussi une part des soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne ou une organisation autorisées conformément aux art. 49 et 51 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102) (art. 10 al. 3 LAA en corrélation avec l'art. 18 OLAA; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 137 p. 890). La notion de soins à domicile au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA englobe le traitement médical dispensé à domicile dans un but thérapeutique, appliqué ou ordonné par un médecin et les soins médicaux au sens des soins infirmiers; elle ne comprend en revanche pas les soins non médicaux tels que l'aide pour les actes ordinaires de la vie (ATF 116 V 41 consid. 5). Inversement, le fait qu'un assuré a droit à une allocation pour impotence grave parce qu'il a besoin d'aide pour accomplir tous les six actes ordinaires de la vie quotidienne (cf. consid. 3a supra) n'empêche pas qu'il puisse prétendre à une participation aux soins médicaux à domicile au sens de l'art. 18 al. 1 OLAA (ATF 116 V 41 consid. 6). c) En l'espèce, vu ce qui précède, c'est à juste titre que le recourant ne conteste pas le fait que l'intimée ne prenne pas en charge les factures du CMS de [...] dans la mesure où elles concernent des soins à caractère non médical, lesquels représentent un montant total de 21'702 fr. 65 pour la période de mai 2009 à mars 2010, l'intimée ayant toutefois accepté de limiter sa prétention en remboursement au montant des allocations pour impotent dues pour la même période, soit à 20'760 francs. d) Le recourant conteste en revanche le fait que c'est à lui que l'intimée réclame le remboursement – par compensation avec le rétroactif d'allocation pour impotent – de ce montant; il soutient

qu'elle devrait en réclamer le remboursement directement à son assurance-maladie en application de l'art. 71 LPGA.

- 12 - Ce grief tombe toutefois à faux. En effet, on ne se trouve pas ici dans un cas où un assureur aurait pris en charge provisoirement des prestations parce qu'il y avait doute sur le point de savoir quelle assurance en était débitrice (art. 70 al. 1 LPGA) – étant d'ailleurs observé qu'en cas de doute sur le point de savoir s'il incombe à l'assurance-maladie ou à l'assurance-accidents de verser des prestations, c'est à la première et non à la seconde qu'il incombe de verser des prestations provisoires (cf. art. 70 al. 2 let. a et c LPGA) –, auquel cas l'assureur qui a versé des avances peut en obtenir le remboursement auprès de l'assureur qui doit finalement prendre le cas en charge (cf. art. 71 LPGA). On se trouve bien plutôt ici dans un cas où l'assureur réclame la restitution de prestations indûment versées sur la base de l'art. 25 LPGA, ensuite d'une décision de reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Or la demande de restitution est alors dirigée contre le bénéficiaire des prestations allouées indûment (cf. art. 2 al. 1 let. a OPGA [ordonnance du

E. 11

septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11]), à savoir contre l'assuré, y compris lorsqu'il s'agit d'obtenir le remboursement de montants qui ont été versés directement au fournisseur de soins par l'assureur (cf. TFA K 25/02 du 23 septembre 2002 consid. 2.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, n. 23 ad art. 25 LPGA). Il s'ensuit que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle réclame au recourant le remboursement de prestations dont celui-ci a bénéficié à tort, puisque les factures du CMS de [...] n'avaient pas à être prises en charge par l'intimée sur la base de l'art. 18 al. 1 OLAA dans la mesure où elles concernaient des soins à caractère non médical (cf. consid. 3b supra). Si le recourant estime que ces prestations doivent être prises en charge par son assurance-maladie, c'est à lui qu'il incombe de s'adresser à celle-ci. e) Le recourant se réfère en outre à l'ATF 127 V 94, dans lequel le Tribunal fédéral a été amené à examiner si le concours de la prise en charge de soins de base à caractère non médical par l'assurance-

- 13 - maladie avec une allocation pour impotent constituait un cas de surindemnisation au sens de l'art. 122 OAMal. Il soutient que dans la mesure où il peut faire état de frais occasionnés par sa maladie qui ne sont pas pris en charge par une assurance sociale, ou seulement en partie, l'intimée ne saurait retenir la totalité de son allocation pour impotent à titre de remboursement des frais à caractère non médical. Cette argumentation tombe toutefois à faux. En effet, on ne se trouve pas ici dans un cas – qui est celui de l'ATF 127 V 94 – où un assureur a retranché une allocation pour impotent de l'AVS/AI sur la prise en charge de frais de soins à domicile par l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie (cf. art. 7 al. 2 let. c OPAS [ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31]) pour éviter une surindemnisation au sens de l'art. 122 OAMal. La décision attaquée n'est nullement fondée sur une éventuelle surindemnisation. D'ailleurs, la question de la surindemnisation ne se pose pas, puisque contrairement à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS, applicable dans l'assurance-maladie et prévoyant notamment la prise en charge de prestations pour soins de base qui sont essentiellement de même nature que l'allocation pour impotent (ATF 127 V 94 consid. 3d), l'art. 18 al. 1 OLAA ne prévoit pas la prise en charge des soins non médicaux (cf. consid. 3b supra). En l'espèce, il s'agit uniquement de constater que l'intimée n'avait pas à prendre en charge la part des factures du CMS de [...] correspondant aux soins

non médicaux pour la période de mai 2009 à mars 2010 – pour laquelle le recourant a droit à une allocation pour impotent – et qu'elle est donc en droit de demander au recourant la restitution des prestations indûment versées à ce titre, ce qu'elle a choisi de faire par compensation avec le montant dû rétroactivement au recourant à titre d'allocation pour impotent. Or, comme on l'a vu (cf. consid. 3d supra), la décision attaquée est à cet égard conforme au droit fédéral.

- 14 - 4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition rendue le 3 août 2010 par l'intimée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant – qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel – n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPG).

- 15 - Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 3 août 2010 par C. _____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - M. N. _____ - C. _____ SA - 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 :

- 16 -

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