

VD_GERICHTE ZA14.051713 vom 31. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.051713

FR: VD_GERICHTE ZA14.051713 du 31 mars 2016

IT: VD_GERICHTE ZA14.051713 del 31 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (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

- 11 - compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales, auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) 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).

E. 2

En l'occurrence, le litige porte sur l'ampleur de la prise en charge par l'assureur-accidents des soins qui ont été prodigués au recourant à l'EMS S. _____, en particulier sur le point de savoir si les frais d'hébergement sont à la charge de l'assurance-accidents. D'autre part, le recourant estime avoir le droit au maintien de la rente d'invalidité maximale prévue par la LAA (80% du gain assuré) en lieu et place d'une rente d'invalidité complémentaire de l'assurance-accidents.

E. 3

Le recourant a conclu en premier lieu à la prise en charge intégrale de ses frais d'hospitalisation à l'EMS S. _____. a) Selon l'art. 21 al. 1 let. d LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Cette disposition vise les assurés totalement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain (ATF 124 V 52 consid. 4 et la référence citée). Selon la jurisprudence, bien que l'art. 21 al. 1 let. d LAA renvoie à l'art. 10 al. 1 let. c LAA - cette dernière disposition prévoyant que l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital - il n'est pas

- 12 - contraire à la loi de limiter la prise en charge, dans le cas d'un assuré hospitalisé à demeure et qui continue de percevoir une rente d'invalidité et une allocation pour impotent, aux seuls frais d'hospitalisation médicaux, à savoir aux seuls actes à caractère médicaux

(ATF 124 V 52 consid. 4). En effet, la loi définit de manière exhaustive l'étendue des prestations à la charge de l'assureur dans le cas d'un assuré hospitalisé à demeure ou, en tout cas, pour une longue durée, à savoir l'indemnisation de l'invalidité sous la forme d'une rente dont le montant résulte du gain assuré (art. 20 LAA), l'allocation pour impotent destinée à l'assuré qui a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou d'une surveillance personnelle (art. 26 al. 1 LAA) et enfin, les mesures médicales dont il a besoin, au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. De plus, un assuré se trouvant dans cette situation aura également droit, en principe, aux prestations de l'AI et, si nécessaire, aux prestations complémentaires, lesquelles tiennent compte des charges de famille incombant à l'invalidé (ATF 124 V 52 consid. 4). Par actes à caractère médical pris en charge aux conditions de l'art. 21 al. 1 LAA, il faut entendre notamment, les traitements thérapeutiques et les soins proprement médicaux et infirmiers, à l'exclusion des autres soins comme l'aide pour les actes ordinaires de la vie et les soins corporels. Ces derniers donnent en effet droit, le cas échéant à une allocation pour impotent (art. 26 al. 1 LAA).

Contrairement à ce qui prévaut en matière d'assurance-maladie, où les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31) sont pris en charge dans le cadre des soins ambulatoires ou dispensés en EMS, seuls les actes à caractère médicaux sont à la charge de l'assureur-accidents au titre de l'art. 21 al. 1 let. d LAA (TF 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 3.3). En particulier, les frais d'hébergement et de nourriture ne sont pas à la charge de l'assureur-accidents au titre de l'art. 21 al. 1 let. d LAA (TFA U 233/98 du 19 avril 2000). b) En l'espèce, il n'est pas contesté que les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 let. d LAA sont remplies. L'étendue des prestations dues par E. _____ à ce titre est en revanche litigieuse.

- 13 - Or, vu la jurisprudence fédérale rappelée ci-dessus, c'est en vain que les recourants requièrent la prise en charge des frais d'hébergement et des autres soins de type " nursing " à l'EMS S. _____ par l'assureur-accidents (ATF 124 V 52 consid. 4 et 5). En particulier, la question de savoir si cet établissement doit être qualifié d'hôpital ou d'établissement médico-social n'est pas déterminante pour l'application de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, la jurisprudence ayant précisé que la prise en charge était limitée aux seuls actes médicaux dans les deux cas (TFA U 233/98 du 19 avril 2000 consid. 2). Il n'est ainsi pas nécessaire d'interpeller la Dresse [...] comme l'ont requis les recourants (cf. réplique du 10 mai 2015), en vue d'établir si l'institution de L. _____ est de type hospitalier ou médico-social. Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction dans l'application de la jurisprudence fédérale, selon que l'assuré avait la charge d'une famille ou non, car une telle distinction ne reposerait sur aucun fondement légal. On ajoutera à cet égard que la jurisprudence fédérale considère que pour trancher la question de la prise en charge d'un assuré hospitalisé à demeure, il y a lieu de prendre en compte l'ensemble des prestations servies par l'assureur-accidents (cf. supra ATF 124 V 52 consid. 4). Il est ainsi rappelé qu'un assuré se trouvant dans cette situation a également droit, en principe, aux prestations de l'AI - ce qui était le cas en l'espèce - et si nécessaire aux prestations complémentaires, ces régimes tenant compte des charges de famille incombant à la personne invalide (cf. art. 35 LAI et art. 9 LPC [loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30]). Au surplus, les recourants n'ont pas contesté la répartition concrète effectuée par l'intimée entre les soins médicaux, les actes d'aide et de surveillance nécessaires pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne et les frais d'hébergement, selon le décompte annexé à la décision du 23 octobre 2014 et à la décision sur opposition du 4

décembre 2014. Cette répartition doit donc être admise, étant donné qu'elle fait suite à un examen sur place en présence des Drs K. _____ et D. _____, d'une infirmière, d'une ergothérapeute et d'une aide-soignante (cf. rapport du Dr K. _____ du 10 juin 2014).

- 14 -

E. 4

Les recourants contestent le montant de la rente d'invalidité versée à M. A. _____, à compter du 1er juillet 2014, demandant que le montant maximum de la rente (80% du gain assuré) lui soit alloué. Ils considèrent en effet qu'il convient de prendre en compte, dans le cadre de la coordination entre la rente d'invalidité de l'assurance-accidents et celle de l'assurance-invalidité, le fait que les frais d'hébergement à l'EMS S. _____ sont à la charge de l'assuré. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA). Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité d'élève à 80% du gain assuré (cf. art. 15 LAA et art. 22 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]) en cas d'invalidité totale (art. 20 al. 1 LAA) ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Selon l'art. 20 al. 2 LAA, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'AVS, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. La rente complémentaire est fixée lorsque les prestations sont en concours pour la première fois. La LAA contient ainsi une dérogation importante à la LPGA en ce qui concerne le concours de rentes de l'assurance-accidents et les rentes de l'AVS/AI. Sur ce point, la coordination reste, comme par le passé, spécialement régie par les dispositions sur les rentes complémentaires. La limite de la surindemnisation fixée par l'art. 69 al. 2 LPGA n'est donc pas applicable (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Band XIV, Bâle 3ème édition, n° 474 p. 1035).

- 15 - b) En l'occurrence, par décision du 10 janvier 2014, E. _____ a fixé, le montant de la rente d'invalidité, conformément à l'art. 20 al. 1 LAA, à 80% du gain assuré, ce qui correspondait à une rente annuelle de 100'800 fr., avec effet au 1er janvier 2014. Confirmant le 28 juillet 2014 à l'avocat de l'assuré que la question de la rente d'invalidité était réglée, l'assureur-accidents a toutefois précisé que dès la connaissance du montant de la rente de l'assurance-invalidité, il y aurait lieu de procéder à un nouveau calcul de la rente de l'assurance-accidents. L'assurance-invalidité ayant octroyé une rente entière d'invalidité à M. A. _____ à compter du 1er juillet 2014, (cf. la décision d'E. _____ du 22 octobre 2014, confirmée par la décision sur opposition du 4 décembre 2014), l'assureur-accidents a alloué à ce dernier une rente d'invalidité complémentaire conformément à l'art. 20 al. 2 LAA, à juste titre (cf. supra consid. 4a). C'est dès lors en vain que le recourant demande que lui soit versé le montant maximal de la rente d'invalidité (80% du gain assuré) pour la période à compter du 1er juillet 2014, puisqu'il a droit à une rente d'invalidité complémentaire, dès le début du versement de la rente d'invalidité de l'AI. Il n'y a en particulier pas lieu de donner raison au conseil du recourant lorsqu'il explique qu'il faut "

combiner les articles 20 al. 2 LAA et 69 LPGA " afin de prendre en considération, dans le calcul de la surindemnisation, les frais d'hébergement et de nursing non pris en charge par l'assureur-accidents, à titre de " frais supplémentaires et d'éventuelles diminutions de revenu subies par les proches " (cf. art. 69 al. 2 LPGA). En effet, l'art. 20 al. 2 LAA déroge expressément à l'art. 69 LPGA, instaurant une règle spéciale par rapport à cette dernière disposition (cf. ATF 115 V 275 consid. 1c), et ne prévoit pas la prise en charge de tels frais lors de la coordination entre les rentes d'invalidité de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents. Enfin, l'intimée a refusé à juste titre la requête des recourants visant à ce qu'elle renonce à la réduction de la rente d'invalidité, dès lors que l'art. 51 al. 4 OLAA ne s'applique pas en cas d'octroi d'une rente complémentaire au sens de l'art. 20 al. 2 LAA (ATF 121 V 137 consid. 1b in fine ; ATF 115 V 275 consid. 1c et 3c).

- 16 -

E. 5

Même s'il est douteux que ce point soit litigieux, on précisera que l'octroi d'une allocation pour impotent pour impotence grave ne donne pas lieu à surindemnisation dans le cas d'espèce, de sorte que rien ne s'oppose au versement de cette allocation, comme l'a admis à juste titre l'intimé (cf. ATF 124 V 52 consid. 4 ; cf. également TFA U 233/98 du 19 avril 2000).

E. 6

Vu ce qui précède, le recours est rejeté et les deux décisions sur opposition rendues le 4 décembre 2014 par E. _____ sont confirmées. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Les recourants, qui n'obtiennent pas gain de cause, n'ont pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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