

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge et M. Pittet, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

[...] et [...], recourants, domiciliés à [...], **succédant à A._____**,
représentés par Me Jean-Louis Duc, avocat à Château d'Oex,

et

E.____, à Lausanne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à
Lausanne.

Art. 21 al. 1 let. d, 20 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, marié avec B._____ et père de deux enfants, [...] et [...], était cadre auprès de T._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'E._____ (ci-après : E.____, l'intimée ou l'assureur-accidents).

Le 14 juillet 2013, alors que l'assuré se trouvait dans le jardin de sa maison, il s'est fait piqué par une abeille au visage, ce qui a provoqué un choc anaphylactique. Il est ensuite tombé dans le coma. Après un traitement intensif au Centre hospitalier J._____ (ci-après : J._____) (cf. Déclaration de sinistre LAA du 17 juillet 2013) du 24 août au 18 septembre 2013, il a été pris en charge à la Clinique Q._____ (ci-après : Q._____) du 18 septembre 2013 au 9 janvier 2014, puis a été transféré à l'établissement médico-social S._____, rattaché à l'institut de L._____. L'évènement du 14 juillet 2013 a été annoncé à E._____ qui a pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières.

Dans le rapport médical du 6 septembre 2013 à E._____, le Dr [...] du service de neurologie du J._____, a diagnostiqué une encéphalopathie post anoxique sur choc anaphylactique. L'évolution avait été caractérisée par un réveil pathologique du coma, l'assuré se trouvant dans un état de conscience minimal. Il souffrait d'un handicap important, se trouvait dans un état de dépendance et ne pourrait pas retravailler. Le 17 octobre 2013, E._____ a eu un entretien avec l'épouse de l'assuré laquelle a expliqué que l'assuré ne parlait pas, ne communiquait pas et que son alimentation se faisait au moyen d'une sonde, le pronostic pour l'avenir étant mauvais.

Par décision du 10 janvier 2014 adressée à l'épouse de l'assuré, E._____ a constaté qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration de l'état de santé de l'intéressé, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des indemnités

journalières avec effet au 31 décembre 2013 et aux frais médicaux au 9 janvier 2014, dès le transfert de l'assuré à l'EMS S._____. L'assuré avait droit, dès le 1^{er} janvier 2014, à une rente d'invalidité pour une invalidité totale et à une allocation pour impotent. Il avait également droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant au montant maximal du gain annuel assuré. L'assureur-accidents a également expliqué que la prise en charge des frais d'hébergement à l'EMS S._____ ne relevaient pas de son devoir d'indemnisation et que, par conséquent, la prise en charge des frais médicaux dès son arrivée dans cet établissement serait limitée aux seuls soins médicaux et infirmiers à l'exclusion de l'aide apportée aux actes ordinaires de la vie et des soins corporels, aux conditions de l'art. 21 LAA et 18 OLAA.

Lors d'un entretien téléphonique du 10 janvier 2014 avec le responsable de l'hébergement auprès de l'EMS S._____, l'assureur-accidents a convenu avec ce dernier d'attendre encore quelques jours avant de décider ce qui était à sa charge et ce qui serait considéré comme acte purement ordinaire de la vie. Il y aurait lieu d'en discuter avec le Dr K._____, et, le cas échéant, de rendre visite à l'assuré.

Le 12 janvier 2014, B._____, par son avocat, Me Jean-Louis Duc, a demandé à l'assureur-accidents de lui confirmer la prise en charge des frais d'hospitalisation à l'EMS S._____.

Le 28 janvier 2014, l'assuré, représenté par son épouse, par l'intermédiaire de son avocat, s'est opposé à la décision du 10 janvier 2014, faisant valoir notamment qu'il n'était pas hébergé, mais hospitalisé dans un établissement hospitalier, étant donné qu'il ne pouvait pas être soigné à domicile, vu l'ampleur et la nature des soins qui lui étaient prodigués et la surveillance constante requise. Selon lui, dans l'hypothèse où l'assureur-accidents ne devait pas assumer les frais de l'hospitalisation, les frais assumés par l'assuré à ce titre devraient être pris en considération pour déterminer s'il y avait surindemnisation ou non.

Par courrier du 10 février 2014, l'assuré a complété son opposition en précisant que le dossier de l'assureur-accidents n'indiquait pas quels étaient les soins de nature médicale dont l'assuré avait actuellement besoin. Par ailleurs, contrairement à ce que l'assureur-accidents semblait admettre, on ne saurait considérer qu'il n'avait pas besoin d'être hospitalisé, mais qu'il était seulement hébergé à l'EMS S._____ comme le serait une personne âgée qui réside dans un EMS sans indication d'hospitalisation. De plus, il était exclu qu'il soit soigné à domicile vu l'ampleur des soins et la surveillance constante dont il avait besoin. Enfin, vu la nécessité de l'hospitalisation, on ne saurait admettre que la rente allouée couvre les frais de soins, leur importance étant telle que la rente ne servirait pratiquement qu'à payer ceux-ci, alors que l'assuré avait la charge d'une famille. Selon lui, on était en effet loin du cas où l'on pouvait attendre de l'assuré qu'il supporte au moyen de sa rente les frais de soins en lien de causalité avec l'accident.

Par décision sur opposition du 21 février 2014, l'assureur-accidents a annulé la décision querellée portant sur les points touchant à l'allocation pour impotent et le refus de prendre en charge les frais d'hébergement à l'EMS S._____, considérant que les pièces du dossier étaient insuffisantes pour répondre de manière précise au point de savoir quelles étaient les différentes possibilités de traitement en l'espèce (traitement à domicile, en home ou à l'hôpital). Il a dès lors renvoyé le dossier à son service des sinistres [...] pour qu'il examine cette question.

Dans un rapport médical du 21 mars 2014 à l'assureur-accidents, le Dr D._____, spécialiste en neurologie (maladies cérébrovasculaires), a posé le diagnostic dans le cas de l'assuré, de tétraparésie spastique et troubles sévères de l'état de conscience sur choc anaphylactique et anoxie cérébrale. Il a précisé que l'œdème du visage consécutif à la piqûre d'abeille avait entraîné une anoxie cérébrale qui avait causé des dégâts cérébraux étendus. S'agissant des soins infirmiers nécessaires, le patient avait besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne depuis son accident, à savoir en particulier :

" 24h/24 et 7 jours sur 7 :

- mobilisation régulière au lit toutes les 4 heures et positionnement spécifique,
- mobilisation quotidienne au fauteuil roulant avec l'aide d'une cigogne électrique,
- surveillance des constantes vitales (tension artérielle, rythme cardiaque, température...) et par monitoring (crises neurovégétatives fréquentes),
- alimentation et hydratation par pompe et sonde PEG avec surveillance des apports toutes les 12 heures,
- administration par la sonde du traitement médicamenteux 4x/jour,
- surveillance de l'état cutané, soins du corps avec douche pluri-hebdomadaire, plus toilette au lit quotidienne,
- soins de bouche 3 à 4 fois/24 h et plus si nécessaire,
- surveillance de la respiration et des échanges gazeux chez un patient porteur d'une trachéotomie,
- soins de la canule interne qui doit être régulièrement changée et nettoyée, 3x/jours dégonfler le ballonnet 20 minutes et regonfler, nébulisations toutes les 6 heures, aspirations régulières en raison des sécrétions bronchiques excessives,
- surveillance et contrôle du transit gastro-intestinal et de l'élimination urinaire".

L'assuré avait en outre besoin de l'intervention de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes afin de lui fournir mobilisation, traitement de la spasticité et des risques d'installation de rétraction tendineuse irréversible aux membres, ainsi que de de physiothérapie respiratoire.

Le 5 juin 2014, une réunion a eu lieu à l'EMS S._____, en présence du Dr D._____, d'une infirmière responsable, d'une ergothérapeute, d'une aide-soignante, et du médecin-conseil d'E._____, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 10 juin 2014, ce dernier a écrit notamment ce qui suit :

" On peut [...] actuellement considérer que nous ne sommes pas dans un état de conscience minimale mais bien d'état végétatif avec des réponses uniquement réflexes aux divers stimuli. Le Dr D._____ explique que sur la base de l'imagerie cérébrale, il est inimaginable d'entrevoir une amélioration et ce à près de 97%. On peut donc ainsi considérer que selon toute vraisemblance l'état est permanent.

Nous avons pu observer M. A._____ qui ne présente en effet aucune réaction comportementale aux divers stimuli. Il présente un tableau de tétraspasticité cérébrale profonde, plus marquée à gauche qu'à

droite, l'atteinte de la main, du poignet, de l'avant-bras gauche est caricaturale. Il existe également une importante spasticité au niveau des masséters qui lèsent les muqueuses labiales, il est envisagé à cet égard un traitement de Botox pour relâcher la spasticité, les traitements médicamenteux - notamment de [...] - étant à leur maximum. Dans ces conditions, une alimentation par la bouche est totalement impossible et l'assuré bénéficie d'une sonde PEG pour une alimentation entérale avec gastro tube. Afin d'assurer la ventilation, il dispose d'une trachéotomie. La vidange urinaire est spontanée et l'évacuation des selles se fait par lavements. Il n'y a donc pas de sonde vésicale. Il dispose d'un lit spécial avec matelas micro stimulant, ce qui paraît suffisant afin d'éviter des escarres qui sont toujours possibles, notamment du fait de l'important spasme des adducteurs et qui rendent difficile la toilette intime. L'absence de possibilité d'écartier les jambes pourrait être relevée également par un traitement de Botox.

Ainsi décrit et sur la base des soins de nursing élevés avec changement de posture toutes les quatre heures, nécessité de réinstallation fréquente, lever en chaise roulante une fois par jour pendant deux heures, nécessité d'aspirer les sécrétions trachéales environ quatre fois par 24 heures, jour et nuit, nécessité d'une alimentation entérale quatre fois par jour, les soins sont donc importants. Dans ces conditions, le Dr D. _____ estime qu'un retour à domicile est actuellement non imaginable compte tenu des soins permanents 7 jours sur 7.

L'hébergement en EMS spécialisé comme l'est le site de S. _____, Unité de l'état de conscience minimale, est approprié. Il ne s'agit donc pas de soins hospitaliers mais de nursing. En outre, il bénéficie d'une prise en charge physiothérapique et ergothérapique à raison de 4 x 45 minutes par semaine, afin d'optimiser les soins, éviter les déformations, remédier au problème de position, éviter les escarres. Il est en outre essayé diverses orthèses afin d'éviter les lésions de décubitus.

Le lever du patient se fait par cigogne et il dispose d'une chaise roulante munie de tablettes particulières fournies par l'Al. Le Dr D. _____ nous indique, quant au pronostic, qu'il faut compter avec une survie entre 5 et 7 ans selon la littérature, et probablement 10 compte tenu des soins dispensés.

Pour le moment, l'attitude thérapeutique est proactive avec décision d'hospitalisation en cas de complication, notamment risque de fausse route ou tout autre problème clinique aigu. Le monitoring avec mesure de la pression artérielle du pouls est poursuivi à longue durée en raison de difficulté de régulation neurovégétative entraînant des variations tensionnelles".

En réponse à un courrier de l'avocat de l'assuré, l'assureur-accidents a confirmé, le 28 juillet 2014, que les questions de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité étaient réglées, étant 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 d'invalidité au sens de la LAA. L'assureur-accidents a par ailleurs confirmé son intention de

refuser la prise en charge des frais d'hébergement à l'EMS S._____, précisant qu'il fallait faire une distinction entre les traitements médicaux proprement dit et les soins de base, lesquels étaient " communs avec la rente d'impotent ".

Par décision du 22 octobre 2014, l'assureur-accidents a alloué à l'assuré une rente d'invalidité complémentaire d'un montant de 7'439 fr. dès le 1^{er} juillet 2014, étant donné que l'assuré avait le droit à une rente entière d'invalidité de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} juillet 2014.

Par une nouvelle décision du 23 octobre 2014, l'assureur-accidents a retenu que le traitement dans un home était approprié en l'occurrence, le traitement en milieu hospitalier n'étant plus justifié, mais le traitement à domicile n'étant pas possible. Il a confirmé que l'assuré avait le droit à une allocation pour impotent étant donné que la notion d'hospitalisation n'était pas reconnue, et que dès lors, les frais d'hébergement à l'EMS S._____, n'étaient pas à la charge de l'assurance-accidents. En particulier, l'assureur-accidents a précisé qu'il allouerait le montant forfaitaire de 1'677 fr. 80 par mois pour les frais de traitement, de même qu'il prenait en charge les prestations d'ergothérapie et de physiothérapie, les produits d'alimentation par sonde, les honoraires du médecin traitant, ainsi que les factures des médicaments et du matériel médical, ainsi que, le cas échéant, les examens de laboratoire et les traitements de botox. L'allocation pour impotent accordée dès le 1^{er} janvier 2014 s'élevait à 2'076 fr. par mois (6 x 346 fr.). Enfin, selon le décompte annexé à la décision, un montant mensuel de 1'935 fr. 70 correspondant aux soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS) était à la charge de l'assuré, lequel était toutefois couvert par le montant de l'allocation pour impotent.

Le 29 octobre 2014, l'assuré, par son mandataire, a formé opposition contre la décision du 22 octobre. Il est d'avis que les frais que l'assureur-accidents considère - à tort selon l'assuré - comme des frais d'hébergement seraient de nature à exclure toute surindemnisation, ces frais devant être ajoutés à titre de frais supplémentaires dans le calcul de

la surindemnisation vu l'art. 69 LPGA. En conséquence, il conclut au " versement intégral de sa rente d'invalidité, sans aucune réduction pour cause de surindemnisation, en réservant un nouvel examen de la question en cas de prise en charge par l'assurance-accidents de ses frais d'hospitalisation ". L'assuré demande subsidiairement que l'assureur renonce totalement ou partiellement à la réduction pour cas pénible (art. 51 al. 4 OLAA).

Par un second courrier du 29 octobre 2014, l'assuré s'est opposé à la décision de l'assureur-accidents du 23 octobre 2014. Il fait valoir notamment qu'il séjourne en l'occurrence dans un hôpital, au sens de l'art. 10 LAA et 15 ss OLAA et il en conclut que les frais de soins, vu leur coût astronomique, doivent être couverts à côté du versement d'une rente. Il reproche à l'assureur de faire appel aux notions d'hébergement ou de séjour en EMS, que la LAA ne prévoit pas, cette loi ne prévoyant que des soins ambulatoires et des soins hospitaliers, lesquels ne sont à charge de l'assurance que s'ils doivent être donnés dans un hôpital.

Par décision sur opposition du 4 décembre 2014, E._____ a rejeté l'opposition contre sa décision du 22 octobre 2014, considérant avoir à juste titre octroyé à l'assuré une rente d'invalidité complémentaire à la rente de l'assurance-invalidité.

Par une seconde décision sur opposition du 4 décembre 2014, E._____ a rejeté l'opposition contre sa décision du 23 octobre 2014, expliquant que même si l'allocation pour impotent ne couvrirait qu'une toute petite partie des soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (évalués en l'espèce à 1'935 fr. par mois) et des frais d'hébergement à l'EMS S._____ (s'élevant à environ 6'442 fr. par mois), la prise en charge des frais d'hébergement dans cet établissement n'était pas à charge de l'assureur-accidents.

B. Par acte du 29 décembre 2014, A._____, représenté par son épouse, par son avocat, a recouru contre ces deux décisions sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal,

concluant sous suite de frais et dépens, à leur annulation et à la prise en charge intégrale des frais d'hospitalisation à l'institution L._____, sous déduction le cas échéant d'une contribution aux frais de nourriture et de logement, ainsi qu'au versement du maximum de la rente d'invalidité (80% du gain assuré). D'une part, il reproche à l'assureur-accidents de distinguer entre les frais correspondant à des actes à caractère médical, des autres prestations (hébergement et soins de type " nursing "), faisant valoir que la LAA ne prévoit pas une telle distinction et que les soins de type " nursing " (à savoir les soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à un malade ayant perdu son indépendance) ne doivent pas être confondus avec l'aide et la surveillance ouvrant le droit à une allocation pour impotent. Celle-ci ne doit pas, selon le recourant, servir à couvrir des frais de soins. Par ailleurs, pour le recourant, vu la nature, l'ampleur des soins et l'équipement nécessaire, l'établissement dans lequel il est soigné ne peut être qu'un hôpital et les soins prodigués ne peuvent être que des actes à caractère médical. Il explique en outre que la LAA ne connaît pas le système d'hébergement en EMS, qui ne concerne que l'assurance-maladie obligatoire des soins. Il fait valoir que l'institution de L._____ comprend un hôpital, mais que quoi qu'il en soit, la division dans laquelle il séjourne devrait être considérée comme un hôpital au sens de la LAA. Pour l'assuré, le système de la LAA ne prévoit pas de limitation des pleines prestations prévues en cas d'hospitalisation à la seule phase initiale du traitement (10 LAA) contrairement à ce que soutient l'intimée ; selon lui, il serait conforme au système légal de lui demander une participation aux frais de nourriture et de logement au sens de l'art. 27 OLAA, mais pas aux " autres soins ". Il fait valoir que la jurisprudence du Tribunal fédéral sur laquelle s'appuie l'assureur-accidents, qui distingue entre les actes à caractère médical et le nursing, ce dernier étant à la charge de l'assuré, ne peut pas trouver application en l'espèce, car il s'agissait d'une situation où l'assuré était célibataire et sans charge de famille, alors que lui-même est marié et a la charge d'une famille. Il explique qu'en l'occurrence, la rente allouée et l'allocation pour impotent, s'élevant à 9'515 fr. par mois, servent presque entièrement à couvrir les frais de soins indispensables à la survie dans un établissement hospitalier. Le recourant réitère enfin son argumentation selon laquelle il convient de " combiner les articles 20 al. 2

LAA et 69 LPGA " afin de prendre en compte dans le calcul de la surindemnisation " les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches ", soit les frais de soins non pris en charge par l'assureur-accidents, le recourant faisant valoir que vu que le gain perdu par l'assuré est très largement supérieur au gain assuré par l'intimé, " aucune surindemnisation n'est à craindre, et cela d'autant moins si des frais de soins devaient rester à la charge de l'assuré ". Le recourant invoque enfin l'application de l'art. 51 al. 4 OLAA.

Dans sa réponse du 23 avril 2015, l'intimée, par son avocat, fait valoir que les soins donnés à l'assuré à l'EMS S._____ ne sont pas à sa charge car ils relèvent essentiellement du " nursing ". L'assureur-accidents est par ailleurs d'avis que c'est à bon droit qu'il a alloué à l'assuré une rente d'invalidité complémentaire.

Les parties ont maintenu leurs positions dans leurs écritures ultérieures des 10 mai et 2 juin 2015.

Le 20 juillet 2015, Me Duc a informé la Cour que M. A._____ était décédé le 13 juillet 2015 et que ses héritiers légaux, B._____ et ses enfants [...] et [...], entendaient continuer la procédure ouverte par le défunt. Par courrier du 21 décembre 2015, B._____ a fait parvenir à la Cour une déclaration de maintien de recours agissant pour elle et ses enfants, à laquelle était annexée une copie du certificat d'héritiers délivré par la justice de paix du district de [...] le 15 décembre 2015.

E n d r o i t :

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

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).

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.

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

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.

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).

4. Les recourants contestent le montant de la rente d'invalidité versée à M. A. _____, à compter du 1^{er} 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 3^{ème} édition, n° 474 p. 1035).

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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).

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).

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).

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

I. Le recours est rejeté.

II. Les décisions sur opposition rendues le 4 décembre 2014 par E._____ sont confirmées.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Louis Duc (pour B. _____ ainsi que [...]), avocat à [...],
- Me Didier Elsig (pour E. _____), avocat à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :