Urteilskopf

124 V 52

8. Arrêt du 10 février 1998 dans la cause R. contre Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents contre R. et Tribunal administratif du canton de Genève

Regeste (de):

Art. 118 Abs. 2 lit. c UVG: Übergangsrecht. Anwendbares Recht bezüglich einer Hilflosenentschädigung, welche nach einem 1978 erlittenen Unfall zunächst im Sinne von Art. 77 Abs. 1 Satz 2 KUVG in Form einer Erhöhung der Invalidenrente ausgerichtet, darauf während zwölf Jahren ausgesetzt und ab Dezember 1995 von neuem gewährt wurde.

Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG: Heilbehandlung nach Festsetzung der Rente. Ausdehnung des Anspruchs eines zu 100% invaliden Versicherten, dessen Gesundheitszustand eine dauernde Hospitalisierung erforderlich macht, auf Übernahme der (ärztlichen und nicht-ärztlichen) Spitalkosten.

Art. 4 Abs. 1 BV. Gutglaubensschutz im Falle einer Praxisänderung des Unfallversicherers.

Regeste (fr):

Art. 118 al. 2 let. c LAA: Droit transitoire. Droit applicable à une allocation pour impotent versée tout d'abord sous la forme d'une majoration de la rente d'invalidité au sens de l'art. 77 al. 1, seconde phrase LAMA, à la suite d'un accident survenu en 1978, puis suspendue pendant 12 ans et à nouveau allouée à partir du mois de décembre 1995.

Art. 21 al. 1 let. d LAA: Traitement médical après la fixation de la rente. Etendue du droit d'un assuré invalide à 100% et dont l'état de santé nécessite une hospitalisation permanente à la prise en charge des frais d'hospitalisation (médicaux et non médicaux).

Art. 4 al. 1 Cst. Protection de la bonne foi de l'assuré en cas de changement de pratique de l'assureur-accidents.

Regesto (it):

Art. 118 cpv. 2 lett. c LAINF: Diritto transitorio. Diritto applicabile a un assegno per grandi invalidi versato, a dipendenza di un infortunio occorso nel 1978, sotto forma di un aumento della rendita d'invalidità ai sensi dell'art. 77 cpv. 1 seconda frase LAMI, poi sospeso durante dodici anni e ripristinato a decorrere dal mese di dicembre 1995.

Art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF: Cura medica dopo la determinazione della rendita. Estensione del diritto di un assicurato invalido al 100% e le cui condizioni di salute richiedono una spedalizzazione permanente alla presa a carico delle spese ospedaliere (mediche e non mediche).

Art. 4 cpv. 1 Cost. Tutela della buona fede dell'assicurato nel caso di cambiamento di prassi dell'assicuratore contro gli infortuni.

Sachverhalt ab Seite 53

A.- a) A la suite d'un accident de moto survenu le 6 août 1978 en France, au cours duquel il fut grièvement blessé, R., né le 3 février 1956, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), est devenu tétraplégique et présente d'importants troubles neuropsychologiques dans le cadre d'une démence post-traumatique. L'évolution défavorable de son état de santé a nécessité, à partir du mois de mars 1984, une hospitalisation permanente, d'abord à l'Hôpital cantonal de Genève, puis à la clinique psychiatrique de Bel-Air et, à partir du 3 décembre 1992, à l'Hôpital de Loëx, à Bernex. Depuis le 1er août 1979, R. perçoit une rente entière et une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (AI). Par décision du 4 septembre 1980, la CNA a alloué à son assuré, à partir du 5 juillet 1980, une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 100%, ainsi qu'une "rente d'impotent" (recte: une majoration de la rente pour impotence [cf. art. 77 al. 1, seconde phrase, LAMA]) de 30%. Ces prestations étaient toutefois réduites pour cause de surindemnisation, en conformité avec la LAI. La CNA a pris en charge la totalité des frais d'hospitalisation de l'assuré mais en contrepartie, par décision du 13 avril 1984, elle a "interrompu" le droit de celui-ci à la "rente d'impotent" pour la durée du séjour à l'hôpital. b) Une procédure menée devant les tribunaux français, opposant la CNA et l'assuré d'une part au coresponsable de l'accident du 6 août 1978, P. et son assureur-responsabilité civile d'autre part, s'est terminée par un arrêt de la Cour d'appel de Chambéry, du 10 mai 1994, dont le dispositif est le suivant: "Confirme la décision déférée en ce qu'elle a alloué à R. une indemnité de 100'000 F [français]et condamné la M.G.F.A. IARD à verser au père de R. ès qualités ladite somme. La réforme pour le surplus.
Dit que la M.G.F.A. IARD devra rembourser à la CNA
1) les frais médicaux et d'hospitalisation pris en charge par cet organisme et actuellement échus soit la contre-valeur en francs français à la date du présent arrêt de la somme de 812'967,80 Frs suisses;

2) la contre-valeur en francs français des frais médicaux et d'hospitalisation futurs versés par l'organisme suisse (à) son assuré, R., au fur et à mesure où ces dépenses seront faites et ce, jusqu'à hauteur d'une somme capitalisée correspondant à la contre-valeur en francs français de 1'524'960 Frs suisses. Rejette les autres demandes des parties."
c) En date du 18 décembre 1992, la CNA a informé l'hôpital de Loëx qu'à partir du 3 décembre 1992, elle prendrait en charge les frais d'hospitalisation de l'assuré à raison de 378 francs par jour, conformément au tarif conventionnel. Au mois de juillet 1994, lors d'un entretien avec le père et tuteur de l'assuré, la CNA informa ce dernier qu'en raison d'un changement de pratique, elle n'entendait plus prendre à sa charge la totalité des frais d'hospitalisation de l'intéressé, attendu que celui-ci percevait deux rentes d'invalidité, ainsi qu'une allocation pour impotent de l'AI, soit environ 4'900 francs par mois. Cette argumentation se heurta toutefois à l'incompréhension du père de l'assuré. Par la suite et après avoir procédé à une enquête auprès de l'hôpital pour déterminer de manière plus précise les dépenses entraînées par l'hospitalisation et le traitement de R., la caisse rendit le 7 novembre 1995 une décision par laquelle elle informait le mandataire de l'assuré que sa "pratique consistant à prendre en charge pour les assurés qui séjournent à demeure dans un établissement hospitalier ou dans un home tous les frais y relatifs" devait être abandonnée. En conséquence, elle verserait à partir du 1er décembre 1995 une rente d'invalidité et une "rente d'impotent" s'élevant au total, y compris l'allocation de renchérissement, à 4'609 francs par mois, plus une contribution mensuelle de 2'600 francs pour la couverture des soins à caractère médical prodigués à l'Hôpital de Loëx. Saisie d'une opposition de l'assuré, la CNA l'a rejetée par décision du 28 juin 1996.

B.- Statuant le 18 mars 1997 sur le recours formé par l'assuré contre cette décision sur opposition, le Tribunal administratif du canton de Genève l'a partiellement admis et annulé la décision entreprise, donnant acte à la CNA "de ce qu'elle s'engage à rembourser à R. les frais hospitaliers médicaux", l'y condamnant en tant que de besoin, puis "dit que la CNA doit rembourser à R. dès le 1er décembre 1995 les deux tiers des frais d'hospitalisation non médicaux", le tout sous suite de dépens en faveur du recourant.

Les juges cantonaux ont considéré, en bref, que la pratique sur laquelle la CNA entend revenir était plus large que les exigences légales, de sorte

BGE 124 V 52 S. 55

qu'il s'agissait "de prestations délivrées à bien plaire et en dehors du cadre de la LAA". En l'espèce, ce changement de pratique ne fait qu'appliquer la loi et s'appuie sur des motifs sérieux et objectifs. Quant au montant mensuel de 2'600 francs fixé par l'assureur-accidents pour les frais médicaux, il a été calculé de manière conforme à la loi. Mais par ailleurs, l'assuré peut se réclamer du principe de la confiance en ce qui concerne le remboursement des frais non médicaux car il a renoncé à les faire valoir contre le coresponsable de l'accident, compte tenu de l'attitude de la CNA au cours de la procédure civile menée en France, en particulier ses conclusions tendant au remboursement intégral des frais encourus par l'assuré du fait de son hospitalisation de longue durée. Les juges français ayant mis les deux tiers de ces frais à la charge de l'assureur RC du conducteur P., la CNA devra continuer à verser à l'assuré les deux tiers des frais hospitaliers non médicaux, à charge pour elle d'entreprendre des démarches auprès de l'assureur RC pour régler différemment le problème de l'indemnisation de l'assuré.

C.- Les deux parties interjettent recours de droit administratif contre ce jugement. Toujours représenté par son père et tuteur, ce dernier dûment autorisé par l'autorité tutélaire comme l'exige la loi, R. demande au Tribunal fédéral des assurances, préalablement, d'accorder l'effet suspensif à son recours et, en conséquence, de condamner la CNA à payer l'intégralité des sommes dues à l'Hôpital de Loëx. Cette requête a été rejetée par ordonnance présidentielle du 9 juillet 1997. Sur le fond, R. conclut à l'annulation du jugement attaqué et à la condamnation de la CNA à prendre en charge la totalité des frais en relation avec son placement dans un établissement médical, sans qu'il y ait lieu de distinguer entre frais strictement médicaux et frais d'hébergement, sous suite de dépens. La CNA, quant à elle, conclut également à l'annulation du jugement cantonal en tant qu'il la condamne à rembourser à R., dès le 1er décembre 1995, les deux tiers des frais d'hospitalisation non médicaux, et elle demande au Tribunal fédéral des assurances de rétablir sa décision sur opposition du 28 juin 1996. Chacun des recourants conclut au rejet des conclusions de son adversaire. L'Office fédéral des assurances sociales n'a pas fait usage de son droit de s'exprimer.

BGE 124 V 52 S. 56

Erwägungen

Considérant en droit:

1. (Jonction de causes; cf. ATF 120 V 466 consid. 1 et les références).

2. (Pouvoir d'examen étendu; cf. ATF 121 V 222 consid. 1, 366 sv. consid. 1c, ATF 120 V 448 consid. 2a/aa, ATF 117 V 306 consid. 1a).

3. D'après l'art. 118 al. 1 LAA, les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la LAA, le 1er janvier 1984, et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, sont régies par l'ancien droit (LAMA). Toutefois, dans ces cas, les assurés de la CNA sont soumis dès l'entrée en vigueur de la LAA aux dispositions de cette loi, notamment en ce qui concerne le traitement

médical accordé après la fixation de la rente (art. 21), si le droit naît après l'entrée en vigueur de la loi (art. 118 al. 2 let. a LAA). En l'espèce, l'hospitalisation permanente de l'assuré est devenue nécessaire à partir du mois de mars 1984, c'est-à-dire postérieurement à l'entrée en vigueur de la LAA et c'est aussi à partir de cette époque que les frais d'hospitalisation ont été pris en charge par la CNA dans leur intégralité. Par ailleurs, à partir du 26 septembre 1983, date qui marque le début d'une hospitalisation à l'Hôpital cantonal de Genève, la CNA a "interrompu" le service de la "rente d'impotent" allouée à son assuré depuis le 5 juillet 1980, ainsi qu'elle le lui a signifié par décision du 13 avril 1984. Par la suite, la caisse a décidé de suspendre le droit à la "rente d'impotent" dès le 10 mai 1984 (décisions des 10 avril 1985 et 27 juin 1985). Dans sa décision du 7 novembre 1995 qui est à l'origine du litige, la CNA a rétabli à partir du 1er décembre 1995 le droit de l'assuré à la "rente d'impotent", calculée sous la forme d'un supplément de 30% à la rente d'invalidité, comme le prévoyait l'art. 77 al. 1, seconde phrase, LAMA. La CNA a confirmé, dans sa décision sur opposition du 28 juin 1996, que, d'après elle, c'est l'ancien droit qui s'applique à cette prestation car le droit à cette dernière est né avant le 1er janvier 1984, date de l'entrée en vigueur de la LAA et, par la suite, il n'a été que suspendu en application de la pratique abandonnée par la caisse à partir du 1er décembre 1995. Les premiers juges ne se sont pas prononcés sur ce point, lequel doit néanmoins être examiné d'office.

BGE 124 V 52 S. 57

Selon l'art. 118 al. 2 let. c LAA, les rentes d'invalidité et les allocations pour impotent, entre autres prestations d'assurance, sont soumises au nouveau droit si le droit à ces prestations naît après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Or, dans le cas d'espèce, la CNA, contrairement à ce qu'elle soutient, n'a pas simplement "interrompu" ou suspendu le droit de son assuré à la majoration de la rente d'invalidité, improprement appelée "rente d'impotent", que prévoyait l'art. 77 al. 1, seconde phrase, LAMA. Elle l'a bel et bien supprimé pendant plus de douze ans (du 26 septembre 1983 au 1er décembre 1995), en application de la pratique administrative décrite plus haut et dont la modification, dans un sens plus restrictif pour l'assuré, a eu notamment pour conséquence la naissance - et non le rétablissement - du droit de ce dernier à la prestation que le nouveau droit désigne sous le nom d'allocation pour impotent (art. 26 et 27 LAA), laquelle a le même objet que l'ancienne majoration de la rente d'invalidité dite "rente d'impotent" (GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 125). On doit en effet considérer, dans le contexte du cas d'espèce, que c'est en réalité ce changement de pratique, et non l'accident survenu en 1978, qui est à l'origine du droit de R. à l'allocation pour impotent. Aussi, conformément aux principes généraux du droit, il faut appliquer les règles de droit en vigueur à ce moment-là, soit en 1995, c'est-à-dire lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 123 V 135 consid. 2b). Dès lors, contrairement à l'opinion de la CNA, la présente cause doit être jugée exclusivement à la lumière de la LAA, en ce qui concerne le droit de l'assuré aux prestations litigieuses.

4. Aux termes de 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 LAMA) 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. On vise ici 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 (MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 384). La prise en charge de telles mesures par l'assureur-accidents ne fait pas obstacle au maintien du droit de l'assuré à une allocation pour impotence grave (ATF 116 V 48 sv. consid. 6).

BGE 124 V 52 S. 58

S'il n'est pas contesté, en l'espèce, que l'assuré remplit les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 let. d LAA, l'étendue des prestations dues par la CNA à ce titre est en revanche litigieuse. Les premiers juges, après avoir

rappelé que selon l'art. 10 al. 1 let. c LAA - auquel renvoie l'art. 21 al. 1 de la loi - l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital, ont considéré que la CNA pouvait néanmoins, sans violer la loi, limiter cette prise en charge, dans le cas d'un assuré hospitalisé à demeure et qui continue à percevoir une rente d'invalidité et une allocation pour impotent, aux seuls frais d'hospitalisation médicaux.
Ils ont ainsi répondu à la question laissée ouverte par le Tribunal fédéral des assurances dans l'arrêt ATF 116 V 46 consid. 3b in fine. Indépendamment de ses autres moyens qui sont liés aux particularités du cas d'espèce et sur lesquels on reviendra, le recourant R. conteste le bien-fondé de cette opinion en arguant que les prestations que lui verse désormais la CNA, additionnées à celles qu'il perçoit de l'AI, suffisent juste à couvrir les frais de son hospitalisation à l'Hôpital de Loëx où il séjourne depuis le mois de décembre 1992. Dès lors, dit-il, qu'adviendrait-il s'il était marié et avait charge de famille? Le législateur ne peut avoir voulu cela. Cet argument n'est guère convaincant dans la mesure où il isole un élément parmi tous ceux qui doivent être pris en considération. En effet, la loi définit de manière exhaustive l'étendue des prestations à la charge de l'assureur-accidents 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 dont le montant ne peut dépasser certaines limites, soit au plus le sextuple du salaire journalier assuré maximum (art. 27 LAA) et, enfin, les mesures médicales dont il a besoin, au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. Un assuré qui se trouve 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'invalide (cf. les art. 34 et 35 LAI, ainsi que les art. 1a ss OPC-AVS/AI).

Quoi qu'il en soit, le tribunal n'a pas à se prononcer dans la présente cause sur la base d'une hypothèse mais en fonction de la situation réelle de l'assuré, lequel est célibataire et n'a, cela n'est pas contesté, aucune charge de famille. Le moyen se révèle donc mal fondé.

5. Pour déterminer le montant des frais de soins à sa charge, la CNA s'est fondée sur une analyse du temps consacré, durant une journée de 24 heures, aux actes à caractère médical d'une part et au "nursing" d'autre part. Sur la base des données fournies par l'Hôpital de Loëx, elle a fixé le montant de ces frais à 2'600 francs par mois, soit en chiffres ronds 87 francs par jour, alors que le montant facturé à l'assuré par l'établissement hospitalier s'élève à 248 francs par jour. Dans son recours, l'assuré conteste "avec force" ce calcul et il allègue qu'en réalité la CNA a fixé ce montant de telle façon que "l'intégralité des prestations versées à titre de frais médicaux, de rente d'impotent et de perte de gain suffisent juste à couvrir les frais d'hospitalisation". Pour leur part, les juges cantonaux se sont bornés à constater que le montant fixé par la CNA tenait compte des informations fournies par l'Hôpital de Loëx et que ce chiffre devait être confirmé, bien que l'assuré le juge insuffisant. Or, sur ce point, tant la décision sur opposition litigieuse que le jugement entrepris ne sont pas motivés de manière conforme à la loi. Il est en effet impossible de comprendre comment la CNA est parvenue à ce résultat et, plus particulièrement, selon quels critères elle a chiffré la valeur des soins médicaux administrés à l'assuré. Dès lors, on ne saurait reprocher à ce dernier le manque de précision de sa contestation s'il n'a pas été informé en détail, dans une décision motivée, des éléments de calcul retenus par l'assureur-accidents pour fixer le montant de sa prestation.

6. Le recourant R. soutient encore que le changement de pratique de la CNA lui porte un lourd préjudice dans la mesure où il est intervenu à l'issue du procès civil intenté au responsable de l'accident dont il a été victime et au cours duquel lui-même n'a pu faire valoir aucune prétention à la couverture de ses frais d'hospitalisation, puisque la CNA était subrogée dans ses droits (art. 41 LAA). D'après lui, les calculs opérés par les juges français

pour fixer le montant des frais d'hospitalisation remboursables à la CNA ne tiennent compte que d'une manière insuffisante de l'étendue du dommage - ce qui serait le véritable motif du changement de

pratique de la CNA - et la caisse aurait dû contester l'arrêt de la Cour d'appel de Chambéry. Par ailleurs, l'assuré n'est pas non plus d'accord avec la décision des juges cantonaux qui condamnent la CNA à lui verser les deux tiers de ses frais d'hospitalisation non médicaux aussi longtemps qu'il ne pourra en obtenir le remboursement directement de l'assureur RC du responsable de l'accident. Il considère, en effet, que cette décision ne tient pas compte de son droit préférentiel au sens de l'art. 42 al. 1 LAA et que, d'autre part, la manière dont les juges français ont capitalisé le montant prévisible des frais hospitaliers est juridiquement erronée, ce que la CNA n'aurait pas dû accepter.

7. Pour sa part, la CNA motive son recours par des moyens exactement inverses. Elle reproche en effet aux premiers juges "de lier l'application correcte de la LAA à des considérations tirées du droit de la responsabilité civile" et elle soutient que l'étendue de ses prestations ne saurait en aucune façon dépendre de la possibilité de l'assuré de recouvrer le découvert auprès du tiers responsable de l'accident. Elle reconnaît toutefois que "dans le cadre du recours contre le tiers responsable, les répercussions du changement de pratique devront être discutées et convenues entre toutes les parties intéressées". Elle déclare n'avoir jamais nié son devoir d'assistance envers l'assuré et se déclare d'ores et déjà prête à lui céder ses droits à l'encontre de l'assureur RC du responsable de l'accident.

8. Le juge des assurances sociales ne saurait se prononcer sur l'étendue du dommage que la CNA, légalement subrogée dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable (art. 41 LAA), pouvait ou pourrait encore faire valoir contre ce dernier. Cette question relève en effet du juge civil. De même, il n'y pas lieu d'examiner ici les modalités de l'exercice du droit de recours contre le tiers responsable (cf. G. FRÉSARD-FELLAY, Le concours de prétentions de l'assurance sociale suisse et de la responsabilité civile en cas d'accident de circulation survenant en France, in: RSA 1993, p. 225 ss), ni l'étendue du privilège conféré à l'assuré par l'art. 42 al. 1 LAA (voir à ce sujet ATF 120 II 62 consid. 3c et les références), car ce n'est pas l'objet du litige. En réalité, dans le cadre du présent procès, le débat porte sur la protection des droits de l'assuré, modifiés dans un sens restrictif par le changement de pratique de la CNA, eu égard au comportement de cette dernière dans l'exercice de son droit de recours contre le tiers responsable. Or, sur ce point, le raisonnement des premiers juges est convaincant: du moment que la CNA, se fondant sur l'art. 41 LAA, a réclamé au tiers

responsable le remboursement des frais d'hospitalisation médicaux et non médicaux, elle a empêché l'assuré de faire valoir lui-même son droit au payement de ces mêmes frais. En intervenant dans ces circonstances, cette modification de la pratique de la CNA ne respectait pas, à l'égard de l'assuré, les règles de la bonne foi. C'est pourquoi, les premiers juges n'ont pas violé le droit fédéral en considérant qu'aussi longtemps que l'assuré n'aurait pas obtenu le droit de se faire rembourser directement par le tiers responsable - ou par son assureur RC - la part non couverte de ses frais d'hospitalisation, c'est à la CNA qu'il incombait de les prendre à sa charge, dans la mesure fixée par le juge civil, soit les deux tiers. La CNA fait cependant valoir que cette solution n'est pas claire dans la mesure où il n'est pas expressément indiqué ce qu'il advient de l'allocation pour impotent, alors même que le jugement cantonal consacre en partie le retour à son ancienne pratique. Il est exact que

l'assuré ne saurait prétendre - il ne le fait d'ailleurs pas - à la fois la couverture des frais d'hospitalisation non médicaux et le versement d'une allocation pour impotent (art. 26 al. 2 LAA). Toutefois, lorsque seule une partie de ces frais est à la charge de la CNA, comme c'est le cas en l'occurrence, l'allocation pour impotent ne saurait être complètement supprimée mais seulement réduite dans une mesure analogue.

9. Aux termes du dispositif du jugement attaqué - qui peut seul faire l'objet du recours de droit administratif - la CNA est condamnée à rembourser à l'assuré les frais hospitaliers médicaux et, à partir du 1er décembre 1995, les deux tiers des frais d'hospitalisation non médicaux. Sur le vu de ce qui précède, ce jugement n'est pas contraire au droit fédéral, étant cependant précisé que dans la nouvelle décision qu'elle sera appelée à rendre, la CNA devra fixer d'une part le montant de l'allocation pour impotent à laquelle l'assuré pourrait prétendre si la caisse ne prenait pas en charge une partie des frais d'hospitalisation non médicaux et, d'autre part, la composition et le montant des frais médicaux (couverts à 100%) et des frais non médicaux (couverts aux deux tiers) à l'Hôpital de Loëx. Une fois ces éléments chiffrés, la caisse statuera sur le montant réduit de l'allocation pour impotent à laquelle l'assuré a droit, en sus de la rente d'invalidité et du remboursement des frais d'hospitalisation dans la mesure sus-indiquée.

10. Les deux recours se révèlent ainsi mal fondés. (Frais et dépens)