

GE_GERICHTE ATAS/611/2019 vom 26. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_611_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/611/2019 du 26 juin 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/611/2019 del 26 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).

E. 3.5

et les références).

A/1554/2018 - 8/10 -

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de degré plus important que celle dont elle bénéficie depuis 2009.

E. 5

a. 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 (art. 9 LPGA). b. Selon l'art. 43 bis LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et

A/1554/2018 - 6/10 - leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible. La rente de vieillesse anticipée est assimilée à la perception d'une rente de vieillesse (al. 1). Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant un an au moins sans interruption. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies (al. 2). La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation.

Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires (al. 5). c. Selon l'art 66bis RAVS, est applicable à l'évaluation de l'impotence, l'art. 37 al. 1, al. 2 let a et b et al. 3 let a à d du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). Elle est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201). L'impotence est moyenne, selon l'art. 37 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : ■ d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; ■ d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente ; ou ■ d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38. L'impotence est de degré faible (art. 37 al. 3 RAI) si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : ■ de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ; ■ d'une surveillance personnelle permanente ; ■ de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré ;

A/1554/2018 - 7/10 - ■ de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux ; ou ■ d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, c'est-à-dire lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut, en raison d'une atteinte à la santé : - vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne, - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne, ou - éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (art. 38 al. 1 RAI). d. Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir, se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer dans l'appartement ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 125 V 303 consid. 4a, 124 II 247 consid. 4c, 121 V 90 consid. 3a et les références). La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychologiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais non de la fonction partielle d'entretenir des contacts sociaux (ch. 8024 CIIAI).

E. 6

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la

décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid.

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'il est essentiel que le rapport ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. En cas de doute sur les troubles physiques, psychiques ou mentaux ou leurs répercussions sur les actes ordinaires de la vie, il est nécessaire de demander des précisions au médecin. Il convient en outre de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_782/2010 du 10 mars 2011, consid. 2.3).

A/1554/2018 - 9/10 -

E. 8

En l'espèce, l'intimée a admis qu'une aggravation avait été rendue plausible, puisqu'elle est entrée en matière sur la nouvelle demande d'allocation. Cette aggravation a été documentée par le Dr E_____ qui a expliqué que s'il n'y avait pas eu péjoration de l'acuité visuelle en elle-même, la qualité de la vision s'était dégradée du fait de la pathologie rétinienne de l'assurée : la cataracte dont est atteint son seul œil valide – trop faible pour être opérée –

participe à la baisse de la sensibilité aux contrastes et de la perception visuelle, étant rappelé que la vision de l'œil gauche était déjà extrêmement faible. On relèvera que jamais aucune enquête à domicile n'a été effectuée, puisque, à l'octroi de l'allocation de degré faible, l'assurée a bénéficié de la présomption attachée aux graves atteintes visuelles. Dès lors, la Cour de céans considère qu'en présence de l'aggravation alléguée et documentée, l'intimée ne pouvait faire l'économie d'une telle enquête pour vérifier le besoin d'aide concret de la recourante au quotidien. Au demeurant, une telle enquête a été suggérée tant par les médecins que par le collaborateur de l'OAI en charge du dossier de l'assurée.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En l'état, il convient de renvoyer la cause à l'intimée à charge pour cette dernière de faire procéder à l'enquête économique au domicile de l'assurée afin d'établir clairement quels sont les besoins de cette dernière après aggravation de son atteinte ophtalmique. En ce sens, le recours est partiellement admis.

A/1554/2018 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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