

GE_GERICHTE A/4054/2013 vom 25. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4054_2013

FR: GE_GERICHTE A/4054/2013 du 25 mars 2014

IT: GE_GERICHTE A/4054/2013 del 25 marzo 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Enfant E_____, domicilié à VERSOIX, représenté par ses parents, E_____ et E_____ F_____ recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. L'enfant E_____ (ci-après l'assuré ou l'enfant ou le recourant) est né en 2012. Il présentait une atteinte cardiaque sous la forme d'une sténose supra valvulaire aortique légère et d'une sténose supra valvulaire pulmonaire modérée, avec légère hypoplasie des branches artérielles pulmonaires et de l'aorte descendante. Il a été admis au Service de néonatalogie et de soins intensifs de la pédiatrie des HUG pour des contrôles réguliers jusqu'au 10 août 2012 et il a été ensuite transféré à la maternité.![endif]>![if> 2. L'analyse chromosomique effectuée a confirmé la suspicion d'une maladie génétique, soit un syndrome de Williams-Beuren, correspondant à une atteinte du chromosome 7.![endif]>![if> 3. Les parents de l'assuré ont déposé, le 4 septembre 2012, une demande de prestations d'invalidité pour assuré mineur, auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé).![endif]>![if> 4. Par communication du 20 décembre 2012, l'OAI a octroyé les mesures médicales pour le traitement de l'infirmité congénitale, chiffre 313 (malformations congénitales du cœur et des vaisseaux), il a ensuite, par communication du 13 août 2013, pris en charge les coûts d'hospitalisation aux soins intensifs du 6 au 10 août 2012, en relation avec l'infirmité congénitale 313.![endif]>![if> 5. Les parents de l'assuré ont déposé une demande d'allocation pour impotent, pour mineur, le 22 mars 2013. L'enfant, âgé de 7 mois à ce moment-là, avait besoin depuis sa naissance d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne.![endif]>![if> 6. Il ressort du rapport du 26 février 2013 de la Dresse L_____, neuropédiatre, que l'enfant présentait un retard de développement psychomoteur : il ne tenait pas sa tête à quatre mois et avait une hypotonie axiale. Il parvenait toutefois à saisir les objets des mains, à les passer d'une main à l'autre et à se retourner. Le léger retard psychomoteur et l'hypotonie, signes neurologiques du syndrome de Williams-Beuren, justifiaient une poursuite de la physiothérapie. Les difficultés alimentaires et les vomissements fréquents étaient également liés au syndrome et avaient tendance à disparaître avec le temps. Un EEG devait être effectué afin d'exclure une épilepsie. Il convenait de compléter la physiothérapie avec un soutien par le Service éducatif itinérant.![endif]>![if> Selon le rapport de la Dresse L_____, du 5 avril 2013, le syndrome de Williams-Beuren avait pour conséquence un retard de développement psychomoteur et une hypotonie musculaire. L'état de santé était en amélioration. De la physiothérapie et un service éducatif itinérant pourraient améliorer l'état de santé. En l'état, des moyens auxiliaires n'étaient pas utiles, mais le besoin devrait être évalué ultérieurement. Les deux parents étaient atteints de surdité profonde et le médecin suspectait une surdité gauche chez l'enfant. A la question de savoir si l'enfant nécessitait de nombreux soins,

comme l'administration de médicaments ou d'une alimentation différente de celle d'un enfant de dix mois par sonde nasogastrique ou parentérale, et d'une surveillance particulièrement accrue en raison par exemple de crises d'épilepsie nécessitant une intervention des parents, la Dresse M _____, pédiatre de l'enfant, a répondu par la négative le 1^{er} juillet 2013. 7. Il ressort d'une note de travail de l'OAI de juin 2013 que c'était seulement dans la mesure où l'enfant de dix mois avait besoin de soins importants ou d'une surveillance particulièrement accrue qu'il convenait de procéder à une enquête pour impotence avant sa première année de vie. Dans le cas contraire, il était possible d'envisager au plus tôt une impotence à vingt-six mois, soit douze mois après que deux actes de la vie quotidienne nécessitent plus de soins et d'assistance que pour un enfant en bonne santé, soit se lever, s'asseoir et se coucher (acquis à dix mois en principe) et se déplacer (acquis à quatorze mois en principe).! [endif]> 8. Par projet du 9 juillet 2013, l'OAI a refusé une allocation d'impotence, au motif que ce n'était que dès octobre 2013 que deux actes ordinaires de la vie pourraient être pris en compte pour l'enfant, de sorte qu'il fallait alors tenir compte du délai d'attente d'une année jusqu'en octobre 2014.! [endif]> 9. Les parents de l'assuré ont contesté ce projet, faisant valoir que pour les assurés de moins d'un an, le droit à l'allocation d'impotence naissait au moment où le degré nécessaire était atteint et qu'il n'y avait pas de délai d'attente, selon la circulaire sur l'invalidité.! [endif]> 10. Une enquête à domicile a été effectuée le 4 novembre 2013, en présence des deux parents malentendants et d'une interprète en langue des signes. Aucun besoin d'aide n'était retenu pour se vêtir/se dévêtir car l'enfant était complètement habillé par sa mère, comme un enfant du même âge et en bonne santé. Un besoin d'aide était admis pour se lever depuis juin 2013, car l'enfant ne tenait pas encore debout sans être soutenu par ses épaules, ne se mettait pas à quatre pattes et un surcroît de temps de 30 minutes était retenu pour les transferts d'un endroit à l'autre. Pour l'acte de manger, l'enfant avait été nourri au sein et mangeait désormais de la nourriture en purée car il ne supporte pas la nourriture en morceaux qui devait être parfaitement mixée. Il ne parvenait pas à tenir un verre à bec avec ses deux mains. Un besoin d'aide pour porter les aliments à la bouche était retenu dès juin 2014, à partir des vingt mois de l'enfant. Aucun besoin d'aide n'était retenu pour faire sa toilette et aller aux toilettes, car l'enfant était baigné, lavé, et changé comme un enfant du même âge et en bonne santé. Depuis octobre 2013, soit dès quatorze mois, un besoin d'aide était admis pour se déplacer dans l'appartement, car l'enfant ne se déplaçait pas, ni à quatre pattes, ni debout. Pour se déplacer à l'extérieur, aucun besoin d'aide n'était retenu, car l'enfant était transporté en poussette comme les autres enfants. Ni le besoin d'accompagnement pour se rendre chez le médecin, ni le besoin d'aide pour les soins de base, ni celui pour une surveillance personnelle n'étaient retenus. La mère accompagnait son enfant chez le pédiatre comme c'est le cas pour tous les enfants. Avant l'âge de six ans, il ne se justifiait pas de retenir une surveillance personnelle. En conclusion, à partir du mois d'octobre 2014, trois actes de la vie quotidienne seront touchés, ce qui ouvrira le droit à une allocation pour impotence à l'enfant. Il est suggéré de revoir le dossier en octobre 2014.! [endif]> 11. Par décision du 19 novembre 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent au motif que ce n'était que depuis octobre 2013 que l'enfant avait besoin d'aide pour deux actes ordinaires de la vie, de sorte qu'une allocation pour impotent ne pouvait être octroyée qu'à partir d'octobre 2014.! [endif]> 12. Les parents de l'assuré ont formé recours le 16 décembre 2013. Ils ont conclu à l'octroi d'une allocation légère dès la naissance de leur enfant. Certes, l'enfant avait besoin d'aide pour se lever depuis juin 2013 seulement et de se déplacer depuis octobre 2013. Toutefois, même si pour

les actes ordinaires de la vie, l'aide des parents était identique que celle nécessaire pour tout bébé de moins d'un an, un enfant avec un handicap nécessitait un très grand investissement en temps pour respecter son rythme et pour le stimuler. 13. L'OAI a répondu le 21 janvier 2014 et a conclu au rejet du recours. Pour les mineurs handicapés, seul le surcroît d'aide et de surveillance par rapport à un enfant du même âge en bonne santé était pris en compte. L'âge moyen déterminant pour le début du délai d'attente à prendre en compte était fixé selon la circulaire applicable, en fonction de l'âge ordinaire auquel l'enfant en bonne santé n'avait plus besoin d'aide pour les actes en question. L'intimé a détaillé l'âge à partir duquel un besoin d'aide pouvait être retenu pour chacun des actes visés. Avant cet âge, un besoin d'aide pouvait être reconnu par exemple, pour l'acte de manger, en cas d'alimentation par sonde ou de surveillance en raison d'un risque d'étouffement ; pour l'acte de se laver, si deux personnes étaient nécessaires en cas de handicap profond ; pour l'acte d'aller aux toilettes, si la pose de cathéters, des massages quotidiens ou des lavages étaient nécessaires. Ainsi, dans le cas d'espèce, trois actes de la vie quotidienne avaient été retenus, pour se lever et s'asseoir dès les dix mois en juin 2013, pour se déplacer à l'intérieur dès les quatorze mois en octobre 2013 et pour manger dès les vingt mois seulement. Ce n'était que dans l'hypothèse où l'impotence survenait avant la première année de vie de l'enfant qu'il n'y avait pas de délai d'attente, et pour autant que cette impotence durerait probablement plus de douze mois. Si le besoin d'aide prenait naissance après la première année de l'enfant, la période de carence commençait à courir dès la survenance de l'impotence. Ainsi, l'enfant ne présentait, avant l'âge d'un an, un besoin d'aide que pour un acte de la vie (se lever et s'asseoir) ce qui n'ouvrait pas droit à une allocation pour impotent. Après son premier anniversaire, le besoin d'aide pour deux actes avait été reconnu, ce qui faisait courir le délai de carence d'un an au terme duquel l'assuré aurait droit à une allocation pour impotence. 14. Dans le délai fixé au 20 février 2014 pour consulter les pièces et se déterminer, les parents de l'assuré ont déposé des observations. Comme constaté par l'infirmière leur enfant ne pouvait pas se déplacer seul, ne tenait pas assis et ne pouvait pas explorer son environnement comme un enfant de son âge et c'était donc ses parents qui devaient lui apporter la stimulation et la sociabilisation dont il avait besoin pour se développer. Cet acte de la vie quotidienne, soit développer les contacts sociaux, allait de pair avec le problème de mobilité qui avait été admis dès l'âge de dix mois. Un enfant qui ne pouvait se déplacer seul avait besoin davantage de la présence permanente de ses parents qu'un enfant du même âge. 15. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est applicable. Au surplus, les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 sont applicables. 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent. 5. a) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9

LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1er). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

b) 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). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art 42 al. 3 LAI).

c) Selon l'art. 37 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), il y a impotence de degré faible 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 ;
- 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, ou 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).

S'agissant des contacts sociaux, pour les enfants atteints de surdité grave pour lesquels une assistance régulière et importante de la part des parents ou de tiers est nécessaire pour encourager la capacité de communication, une impotence légère est reconnue dès l'introduction des mesures thérapeutiques à but pédagogique (CIIAI 8067).

d) Il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) 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 (au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009) ;
- 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 RAI.

e) L'impotence est grave (art. 37 al. 1 RAI) 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.

f) Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines :

- se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever) ;
- se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter) ;
- manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde) ;
- faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher) ;
- aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes) ;
- se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts

sociaux). (ATF 125 V 303 consid. 4a, 124 II 247 consid. 4c, 121 V 90 consid. 3a et les références). 6. Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ch. 8026 CIIAI).

7. Selon l'art. 42 LAI, la naissance du droit à une allocation est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI (recte : art. 28 al. 1 let. b LAI). Cette disposition dit que l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail de 40% en moyenne durant un an. Ainsi, l'allocation est due à l'issue du délai de carence d'une année (cf par exemple arrêt du 8 janvier 2013; 9C_633/2012). Selon l'art 42bis al. 3 LAI, pour les assurés âgés de moins d'un an, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois. En d'autres termes, pour les enfants de moins d'un an, le droit prend naissance au moment où leur impotence atteint le degré nécessaire; il n'y a pas de délai d'attente. A ce moment-là, il doit être établi avec un degré de vraisemblance prépondérant, sur la base de l'examen effectué par l'office AI, que l'impotence durera probablement plus de douze mois (CIIAI 8094).

8. Selon l'art. 37 al. 4 RAI, dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. L'impotence due à l'invalidité d'un mineur est évaluée selon les mêmes critères que celle d'un adulte. Ne peut être pris en considération que le surcroît d'aide et de surveillance personnelle nécessaire par rapport aux mineurs du même âge ne souffrant d'aucun handicap. Plus l'âge d'un enfant est bas, plus il a besoin d'une aide conséquente et d'une certaine surveillance, même s'il est en parfaite santé. Sont applicables à l'évaluation de l'impotence des mineurs les lignes directrices relatives à l'évaluation de l'impotence déterminante des mineurs citées dans l'annexe III (CIIAI 8086 à 8088). Elle détaille l'âge à partir duquel, en moyenne, un enfant en bonne santé n'a plus besoin d'une aide régulière et importante pour chacun des actes ordinaires de la vie. Cet âge détermine le début du délai d'attente d'un an.

Ainsi: - Se vêtir et se dévêtir: A 3 ans, un enfant peut se vêtir et se dévêtir, quoiqu'il ait encore besoin d'aide pour quelques opérations;

- Se lever, s'asseoir, se coucher: A 10 mois, l'enfant se tient assis bien droit (par terre ou sur les genoux de sa mère) et est particulièrement sûr de sa position dans sa chaise de bébé. A 14 mois, il se tient debout sans aide. A 23 mois, il s'assoit seul sur une chaise ou à la table;

- Manger : A 20 mois, l'enfant peut manier sa cuillère avec assurance, de même que sa tasse, qu'il soulève et repose seul lorsqu'il a bu;

- Aller aux toilettes: A 2 1/2 ans, l'enfant n'a plus besoin de couches pendant la journée. A 4 ans, les couches ne sont plus nécessaires la nuit, en règle générale. A 6 ans, l'enfant s'essuie seul;

- Se

laver, se coiffer, prendre un bain / une douche: A 6 ans, un enfant peut se laver seul, mais a besoin d'aide pour se laver les cheveux et se coiffer;![endif]>![if> - Se déplacer, dans le logement ou à l'extérieur, entretenir des contacts sociaux: A 14 mois, un enfant peut marcher seul. A 2 ans, il peut monter seul les escaliers. A 6 ans, l'enfant fait seul le trajet sans danger qui mène à l'école enfantine et entretient des contacts sociaux dans son environnement proche;![endif]>![if> - Surveillance personnelle : Avant l'âge de 6 ans, une surveillance personnelle ne doit en règle générale pas être prise en considération. Les enfants éréthiques et autistes doivent être évalués selon la gravité de leur handicap. Il en va de même pour les enfants sujets à de fréquentes crises d'épilepsie ou à des absences. En cas de risque d'étouffement suite à de fréquents vomissements, il faut prendre en compte une surveillance dès le départ.![endif]>![if> 9. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il 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. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée 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 diverses limitations 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 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).![endif]>![if> b) 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe,

que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

11. En l'espèce, il est établi par les rapports des médecins traitants que l'enfant souffre d'un retard du développement psychomoteur et d'une hypotonie dus au syndrome de Williams-Beuren, une maladie génétique. Il ressort de l'enquête à domicile que l'enfant, alors âgé de 15 mois, a besoin d'une aide importante et régulière – qui excède celle dont a besoin tout enfant du même âge en bonne santé – pour les actes suivants : pour se lever/s'asseoir dès le mois de juin 2013, car il ne tient pas assis et debout alors qu'un enfant en bonne santé y parvient dès 10 mois ; pour se déplacer dans l'appartement dès octobre 2013, car un enfant en bonne santé peut marcher dans l'appartement dès 14 mois. L'infirmière a évalué à l'avance qu'un besoin d'aide serait retenu pour manger dès juin 2014, soit à 20 mois, si l'enfant ne parvient alors toujours pas à porter son gobelet à la bouche et à manger des aliments en morceaux. Les parents ne remettent pas en cause cette évaluation, mais estiment d'une part qu'aucun délai de carence ne doit être appliqué et d'autre part, qu'un enfant handicapé nécessite un grand investissement en temps pour respecter son rythme et le stimuler et d'une aide particulière pour établir des contacts sociaux, car il ne se déplace pas seul comme les autres enfants de son âge, il ne peut donc pas explorer le monde et a au surplus besoin de la présence permanente de ses parents.

En premier lieu, les avis des médecins traitants confirment que l'enfant n'a pas besoin d'une surveillance personnelle permanente, en raison par exemple de crises d'épilepsie ou de risque d'étouffement, qui excéderait la surveillance importante que les parents doivent exercer sur tout enfant jusqu'à 6 ans environ, et qui justifierait d'en tenir compte dès la naissance. A ce propos, un enfant qui ne se déplace pas seul n'a pas besoin de la présence permanente d'un parent, au sens de la jurisprudence, en tout cas pas plus qu'un autre enfant du même âge, dans la mesure où un bébé peut être laissé dans son berceau, puis dans son parc sans surveillance, sauf dans les cas de risque d'étouffement par exemple. Le pédiatre a aussi confirmé que l'enfant n'a pas eu besoin d'être alimenté par une sonde gastrique, ce qui justifierait de tenir compte du besoin d'aide pour manger dès sa naissance. Ainsi, il est établi que l'enfant n'a pas eu besoin d'une aide plus importante que les enfants du même âge qui ne sont pas atteints dans leur santé pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie jusqu'à ce qu'il atteigne 10 mois. Jusque-là, il était nourri, habillé, baigné, changé, porté et déplacé dans l'appartement et à l'extérieur comme tous les bébés. Dès le mois de juin, un besoin d'aide pour un seul acte a été reconnu, celui de se lever et s'asseoir. Toutefois, il est établi par l'enquête que l'enfant ne se déplaçait pas à quatre pattes, ni en rampant, ni en se poussant sur les fesses vers l'âge de 10 mois, alors que tel est le cas d'un enfant qui ne présente pas de retard du développement. Or, l'acte de se déplacer dans l'appartement n'est pas limité aux déplacements sur ses deux pieds, admis seulement dès

l'âge de 14 mois. Un enfant sans atteinte à la santé peut donc ainsi dès 10 mois se déplacer dans tout ou partie de l'appartement et se diriger par ses propres moyens vers l'objet ou la personne convoitée, alors que dans le cas d'espèce, les parents de l'enfant doivent le porter, à chaque fois, comme ils ont dû continuer à le faire après 14 mois car il n'avait pas acquis la marche, ce qui est une aide fréquente dans une journée. En conséquence, dans la mesure où l'enfant a eu besoin d'aide pour deux actes de la vie courante (se lever/s'asseoir et se déplacer dans l'appartement) à l'âge de 10 mois, soit avant d'avoir un an, le droit à l'allocation est né en même temps que l'impotence, sans délai d'attente. Il était par ailleurs établi lors de la décision que le besoin d'aide pour deux actes allait durer plus de douze mois. Sur ce point, la décision est donc mal fondée et l'assuré a droit à une allocation d'impotence de degré faible dès début mois de juin 2013, lorsqu'il a eu 10 mois révolus. En second lieu, s'il ne fait pas de doute que les parents de l'enfant le stimulent beaucoup et consacrent tout leur temps à son épanouissement et à son développement, cela ne permet pas pour autant de retenir que l'enfant aurait besoin de plus d'aide pour les autres actes ordinaires de la vie, selon les critères précités. Au surplus, si le besoin d'aide pour se déplacer est admis à l'intérieur de l'appartement, il n'est pas déterminant que l'enfant ait aussi besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur (ce qui n'est pas le cas actuellement), ni pour entretenir des contacts sociaux, ces trois éléments ne formant qu'un seul acte. Au surplus, ce n'est qu'à défaut de besoin d'aide pour les actes ordinaires et en cas de surdité grave par exemple que le besoin d'aide de tiers pour établir des contacts sociaux est pris en compte séparément afin d'ouvrir le droit à une allocation de degré faible aux conditions précisées plus haut. Ce besoin n'est pas pris en compte, en plus de celui pour deux actes ordinaires, pour ouvrir le droit à une allocation de degré moyen. Finalement, seul l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en novembre 2013, peut être pris en compte par la Chambre de céans. Or, à ce moment-là, l'enfant avait besoin d'aide pour les deux actes précités (se lever/s'asseoir et se déplacer), et pour un troisième dès octobre 2013 (manger). La question de l'accompagnement durable ne concerne que les adultes et la surveillance personnelle n'a pas été retenue par l'OAI à juste titre. A défaut de besoin d'aide pour 4 actes, l'assuré continue donc à avoir droit à une allocation de degré faible, sans changement au moment de la décision. Une révision ultérieure reste bien sûr possible, comme l'OAI l'a d'ailleurs fort bien expliqué. 12. Ainsi, le recours est admis, la décision est annulée et il est dit que l'assuré a droit à une allocation d'impotence de degré faible dès le 1^{er} juin 2013. L'émolument est mis à la charge de l'intimé.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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