

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 1009 vom 4. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_1009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__1009)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 1009 du 4 décembre 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 1009 del 4 dicembre 2017

## Regeste

ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, IMPOTENCE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 42 LAI, 9 LPGA, 37 RAI

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit en cette matière la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. c) En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

### E. 2

a) En 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent

(supérieure à celle de degré faible déjà octroyée), singulièrement sur l'appréciation de sa situation effectuée par l'intimé sur la base de l'enquête réalisée au domicile de l'assurée le 11 novembre 2016.

### **E. 3**

a) En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. b) L'art. 35 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012]) prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88 bis RAI sont applicables. Selon l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office : - lorsqu'en prévision d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a) ; - ou lorsque les organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b). L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré se dégrade ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement n'est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88 bis al. 2 RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : - au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; - rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b). c) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TF I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1). 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

### **E. 4**

a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la 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. 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 ; l'art. 42 bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). 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 ; l'art. 42 bis al. 5 est réservé (al. 3).

b) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence 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. A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne 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 (let. a) ; - 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 (let. b) ; 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 (let. c). Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est 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 (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI). 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 (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). 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 d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p.364) 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 (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI). L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (cf. TF 8C\_780/2011 du 4 décembre 2012 et les références). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI). d) Quant aux notions de besoin permanent de soins ou de surveillance, la jurisprudence les interprète de façon restrictive (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé. Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b, 1980 p. 64 consid. 4b). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (ch. 8035 CIIAI). e) On ajoutera que, conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263). f) Il sied enfin de rappeler qu'une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. 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 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas

d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. Michel Valterio , op. cit., n° 2264 p. 610). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C\_201/2011 du

## **E. 5**

In casu, il convient en premier lieu d'examiner s'il existe un motif de révision du droit à la prestation, étant rappelé que le point de départ de l'examen d'un changement des circonstances déterminantes est la date du 14 octobre 2013, correspondant à l'émission de la précédente décision de l'intimé par laquelle a été octroyée à la recourante une allocation pour impotent de degré faible. a) Or depuis lors, et jusqu'à la décision litigieuse du 4 août 2017, la situation de la recourante sur le plan physique est demeurée sans modification, du moins sans changement important des circonstances propres à influencer le droit à la prestation en cause. Certes, outre une incontinence urinaire présente depuis l'enfance, la recourante se prévaut de graves et chroniques problèmes musculaires et cardiaques et ce, depuis de nombreuses années. Le tableau clinique se caractérise en effet par la présence d'asthénie, d'un manque de force, d'un essoufflement au moindre effort. Toutefois, aucun substrat organique susceptible d'expliquer cette symptomatologie n'a pu être objectivé malgré de multiples investigations, notamment sur le plan respiratoire, cardiaque et neurologique. A cet égard, il sied de relever que la recourante n'a produit aucun document médical susceptible d'étayer une pathologie somatique. Partant, on ne voit pas sérieusement de diagnostic somatique qui serait de nature à fonder l'octroi d'une allocation pour impotence moyenne ou grave. Or, faute d'atteinte à la santé objective qui expliquerait ses difficultés à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et, plus généralement, à la gestion de son quotidien, il y a lieu de nier tout droit à la prestation en cause sur la seule base de l'état de santé physique de la recourante. b) Sur le plan psychique en revanche, une atteinte à la santé a été mise à jour par les Drs D.\_\_\_\_\_ et Muller à l'issue de leur expertise de 2011. Il convient de rappeler que l'intimé a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010 (cf. décisions des 5 et 26 novembre 2012 de l'OAI) en raison d'une pathologie psychiatrique, soit un trouble délirant hypocondriaque. Dans un rapport du 20 juillet 2011, les experts D.\_\_\_\_\_ et Muller ont ajouté qu'il s'agissait d'une pathologie grave du registre de la psychose entraînant de lourdes conséquences dans tous les domaines de l'existence, le déni de la recourante faisant partie intégrante de la pathologie. Si les experts ont estimé que les symptômes ressentis par l'expertisée réduisaient fortement ses capacités à s'occuper de son quotidien et d'elle-même, ils n'ont cependant pas procédé à une appréciation de l'autonomie de l'assurée dans les actes de la vie quotidienne, l'intéressée n'ayant à l'époque pas déposé une demande d'allocation pour impotent (laquelle date du 13 juillet 2012). Les experts se sont finalement limités à constater que la recourante bénéficiait notamment d'une aide du CMS pour son ménage et qu'elle recevait les repas à domicile. L'OAI a certes diligenté une enquête au domicile de l'assurée qui a donné lieu au rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2016. Ce document, s'il fait état d'un compte-rendu circonstancié des troubles et des difficultés affectant le quotidien de l'assurée, se limite à rapporter les déclarations de cette dernière quant aux motifs justifiant l'assistance requise et son étendue. L'enquêtrice de l'OAI a toutefois fait état « d'une assurée démunie et certainement atteinte d'une maladie psychique, ce qu'elle réfute absolument », précisant qu'il « paraît évident qu'elle nécessiterait de l'aide pour accomplir

les AVQ », et a sollicité l'aide du SMR pour l'éclairer sur le besoin réel de l'intéressée. Compte tenu des interrogations émises par l'enquêtrice de l'OAI, le rapport d'enquête à domicile ne constitue pas une base fiable pour procéder en toute objectivité à l'examen des critères mis à la reconnaissance d'une impotence d'un degré supérieur dans le cadre d'une problématique exclusivement psychique, mise à part l'incontinence urinaire. c) Partant, l'enquêtrice ayant relevé que la recourante avait besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne – ce qui constituerait une aggravation par rapport à la situation prévalant en 2013 (rapport d'enquête du 4 février 2013) – l'intimé ne pouvait écarter sans autre les observations de son enquêtrice faute de document médical. On rappellera à cet égard que le déni de la recourante sur la réalité de l'atteinte psychique – lequel fait partie intégrante de la pathologie selon les experts – a pour conséquence que l'intéressée ne produira aucun document médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie.

## **E. 6**

a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il doit procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il s'avère que les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à un complément d'expertise auprès des Drs D. \_\_\_\_\_ et Muller du Centre d'expertises du Département de psychiatrie P. \_\_\_\_\_, afin de déterminer si les limitations fonctionnelles psychiques présentées par la recourante entraînent objectivement un besoin d'assistance accru dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ou d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

## **E. 7**

a) Au vu de ce qui précède, il convient en définitive d'admettre le recours et d'annuler la décision rendue le 4 août 2017 par l'intimé, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400

fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA a contrario).

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