

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 584 vom 18. Juni 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__584

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 584 du 18 juin 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 584 del 18 giugno 2025

Regeste

DÉCISION DE RENVOI, ALLOCATION POUR IMPOTENT | 42 LAI, 61 let. c LPGA, 9 LPGA, 37 RAI, 38 RAI

Erwägungen

E. 28

janvier 2021 ne pouvait, au vu de nouveaux éléments au dossier, pas être maintenue et qu'une nouvelle évaluation de l'impotence paraissait nécessaire. Dans ses déterminations du 12 mai 2024, P._____ a souligné que le rapport d'expertise établi par le Dr T._____ permettait, au vu des constats que celui-ci contenait, de justifier a minima la reconnaissance d'une impotence de degré moyen, voire grave, si bien qu'aucun complément d'instruction ne s'imposait. Il invitait la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à statuer immédiatement sur le droit à une allocation pour impotent. E n d r o i t : 1. La Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau dans cette affaire à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 15 juin 2022. 2. a) En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée, est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A_488/2013 du 4 avril 2014 consid. 3.1 et les références). b) En substance, le Tribunal fédéral a estimé que la question du droit à une allocation pour impotent ne pouvait pas être tranchée sans connaître l'issue de la nouvelle demande de prestations déposée le 23 juin 2020 par le recourant. Lorsqu'une personne souffrait uniquement d'une atteinte à la santé psychique – ce qui était le cas en l'espèce –, elle devait, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente d'invalidité. Or, en l'absence de décision rendue par l'office intimé quant à un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité, la Cour de céans ne pouvait pas nier d'emblée le droit à une allocation pour impotent pour le seul motif qu'il n'avait pas droit à un quart de rente. Le Tribunal fédéral a par voie de conséquence considéré que la cause devait être renvoyée à la Cour de céans, afin qu'elle suspende la procédure jusqu'à droit connu sur la nouvelle demande de prestations du recourant. c) Conformément au jugement de renvoi du Tribunal fédéral, la Cour de céans a suspendu la procédure relative au droit à une allocation pour impotent jusqu'à ce qu'il soit statué définitivement sur le droit à la rente du recourant. La procédure a été reprise à la suite des décisions des 29 octobre 2024 et 21 janvier 2025 allouant au recourant une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2020. 3. Le

litige a pour objet le droit du recourant à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. 4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), 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 (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), 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. 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). L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) 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, en outre, d'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, en outre, d'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, en raison de son infirmité (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). b) 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), 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, n'est pas réputé 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 121 V 88 consid. 6c). 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 (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). 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 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 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 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 (ATF 117 V 146 consid. 3b ; 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 (ATF 133 V 450). 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).

c) La notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. La nécessité d'une 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 (ATF 107 V 136 consid. 1b ; 106 V 153 consid. 2a ; TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

d) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne

peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées). L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir des contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI). La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

5. a) 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 ; 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

c) 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, ce qui ne signifie toutefois pas que l'enquêteur devrait être lui-même médecin ou ergothérapeute (TF 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2). 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 140 V 453 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93). d) Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête au domicile de l'assuré est un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'assuré rencontre en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur et l'impact de l'atteinte psychique (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

6. a) En l'occurrence, l'expertise établie par le Dr T. _____ fait apparaître la situation médicale du recourant sous un nouveau jour, dès lors qu'il est désormais admis que ce dernier présente une incapacité totale de travailler pour des motifs psychiques. Dans la mesure où les conclusions de l'enquête à domicile réalisée le 8 juillet 2020 reposaient, pour partie, sur des constatations médicales qui ont été invalidées par le médecin précité, il y a lieu de dénier toute valeur probante à ce document. Cela étant, il n'est, en l'état, pas possible, comme le suggère le recourant dans ses déterminations du 12 mai 2025, de statuer sur le droit à une allocation pour impotent sur la base des autres éléments au dossier. Dans le cadre de son expertise, le Dr T. _____ a souligné que la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, la relation à deux, l'adaptation aux règles, la planification des tâches la flexibilité ou encore la prise en charge personnelle et la mobilité étaient préservées chez le recourant (p. 17) ; il a également relevé que le recourant, s'il était pour l'essentiel passif à domicile et déléguait le quotidien à son épouse, demeurait capable d'une vie sociale et de voyager dans son pays d'origine (p. 30). Il semble par conséquent que le recourant soit encore en mesure d'affronter et de gérer certaines tâches de la vie quotidiennes, dans une mesure toutefois indéterminée. Dans ces conditions, il apparaît indispensable de renvoyer le dossier à l'office intimé afin qu'il procède à une nouvelle évaluation de l'impotence du recourant ainsi que des besoins spécifiques de ce dernier. Il incombera ensuite à l'office intimé de rendre une nouvelle décision en matière d'allocation pour impotent à l'égard de l'intéressé.

b) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a plus lieu d'analyser dans le détail les divers griefs invoqués par le recourant dans son acte de recours du 26 février 2021.

7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'office intimé.