

VD_GERICHTE ZD12.033109 vom 18. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.033109

FR: VD_GERICHTE ZD12.033109 du 18 juin 2015

IT: VD_GERICHTE ZD12.033109 del 18 giugno 2015

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante, ressortissante [...], à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité suisse, respectivement sur l'examen d'une éventuelle aggravation de l'atteinte à la santé, ainsi que des conditions d'assurance. Il sied de préciser qu'il n'y a donc pas lieu de se prononcer dans la présente procédure de recours sur un éventuel droit à la rente.

E. 3

L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; b. d'une surveillance personnelle permanente; c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; d. 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; ou e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

E. 4

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

- 24 - 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 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. 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 y a en outre lieu 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 (TF 9C_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3). Enfin, même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante

- 25 - lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137).

E. 5

a) Il résulte de la demande d'allocation pour impotent déposée par la recourante le 18 juillet 2011 qu'elle a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se vêtir / se dévêtir, précisant que depuis la réception de son orthèse en septembre 2009, elle avait besoin de l'aide d'un tiers pour l'enlever et mettre / ôter les vêtements qui passent par la jambe; pour

se baigner / se doucher depuis 2004, soit pour entrer et sortir de la douche et pour vivre chez elle (tâches domestiques depuis 2004) et pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile (déplacements depuis 2004). b) Il est ainsi question de trois actes ordinaires de la vie pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire, ce qui pourrait théoriquement conduire à l'octroi d'une allocation pour impotence légère, voire moyenne. Il sied toutefois de constater que l'intéressée, née en 1987, de nationalité [...], souffre d'une atteinte à la santé depuis 1992 au niveau du membre inférieur droit, sous forme de séquelles de poliomyélite. Avant son arrivée en Suisse en février 2004, elle a probablement subi deux interventions chirurgicales au [...], à savoir une ténotomie d'allongement du tendon d'Achille et une opération du genou, le Dr D._____ précisant qu'elle avait été équipée d'une orthèse cinq ans avant (rapport médical du 29 septembre 2005 du Dr D._____), élément également retenu par les médecins du service d'orthopédie du Q._____ qui ont constaté en novembre 2004, soit quelques mois après l'arrivée de la recourante en Suisse, que cette dernière avait été équipée d'une orthèse durant trois ans et qu'elle marchait avec deux cannes (rapport du 17 novembre 2004). Ces éléments repris dans deux décisions rendues par l'OAI le 21 juillet 2005 –

- 26 - rejetant la demande de mesures médicales et de moyen auxiliaire (orthèse), l'assurée ne remplissant pas les conditions d'assurance – n'ont pas été contestés par l'intéressée. Or, c'est précisément en raison de l'impact du port de l'orthèse ou de l'usage de cannes – moyens auxiliaires qu'elle utilisait déjà au [...] – que la recourante sollicite une allocation pour impotent. A cet égard, il convient de préciser que l'adaptation d'une orthèse en 2009 avait pour but de permettre une marche « plantigrade » sans recours constant à des moyens auxiliaires (rapport du 18 octobre 2011 du Dr L._____). Dans le cadre de l'enquête réalisée en 2012, la recourante a précisé qu'elle portait cette orthèse tous les jours jusqu'au début 2011, puis un jour sur deux (rapport d'enquête du 15 février 2012). L'instabilité de son pied dont elle fait état pour sortir de la baignoire, est une conséquence de la poliomyélite et était déjà présente avant 2004, probablement dès 1992. Enfin s'agissant de l'acte ordinaire de se déplacer, la recourante soutient qu'elle rencontre des difficultés à effectuer de longs trajets ou lorsqu'elle rencontre des obstacles. Outre, le fait que ces difficultés sont inhérentes aux séquelles de poliomyélite, laquelle engendre par définition des limitations motrices, il y a lieu de relever que l'adaptation de l'orthèse en 2009 avait précisément pour but de favoriser une marche « plantigrade » permettant ainsi d'avoir les mains libres pour tenir par exemple la main de sa fille. S'agissant du besoin d'aide allégué pour mettre en place l'orthèse, il n'est pas contesté que la recourante bénéficiait déjà d'une telle orthèse lorsqu'elle habitait au [...]. Toutefois, les éléments contenus dans le dossier ne permettent pas de savoir si la recourante avait besoin d'aide pour la pose de l'orthèse avant janvier 2010, la recourante liant l'apparition du besoin précité à une prise de poids importante. Dans sa demande d'allocation pour impotent, la recourante a également fait état de données relatives à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle a ainsi répondu positivement à la question de savoir si elle avait besoin de l'accompagnement en question en raison de ses problèmes de santé et indiqué pour quel type d'activités (avant tout, travaux ménagers) et dans quelles circonstances (déplacements hors du domicile, utilisation du taxi, aide pour les courses)

- 27 - une aide était requise. Toutefois, même si le dossier de l'assurée contient des éléments susceptibles de jouer un rôle sous l'angle de l'art. 38 al. 1 let. a et b RAI, il convient de rappeler que l'allocation pour impotent fondée sur le besoin d'accompagnement pour faire

face aux nécessités de la vie ne peut prendre naissance que dès le premier jour du mois qui suit le 18ème anniversaire (art. 38 al. 1 RAI). Or, la recourante soutient qu'à la date du 1er septembre 2005 correspondant à son 18ème anniversaire, elle compterait « très vraisemblablement » une année entière de cotisation au sens de l'art. 6 al. 2 LAI. L'extrait du compte individuel indique que des cotisations ont été versées dès août 2005. Par ailleurs, même s'il était admis que les conditions des art. 42 LAI et 37 RAI étaient réalisées, on ne saurait raisonnablement soutenir que l'intéressée n'aurait eu besoin de cette aide, pour la première fois, qu'après son arrivée en Suisse. Les conditions d'assurance ne sont en conséquence pas remplies au regard de l'atteinte relative à la poliomyélite. L'acquisition de la majorité en août 2005, soit plus d'un an après son arrivée en Suisse, ne saurait être assimilé à un nouveau cas d'assurance et de facto à une nouvelle survenance (ATF 137 V 424). c) Autre est la question de savoir si les conditions d'assurance pourraient être remplies en raison d'une importante prise de poids en 2009, qualifiée d'obésité majeure (BMI [indice de masse corporelle] : 38) par le Dr W. _____. L'expert a en effet constaté, à l'issue de l'examen clinique d'août 2013 que ce surpoids compliquait de façon sévère la marche et la position érigée (rapport d'expertise du 21 août 2013). On ne saurait faire grief à la recourante de s'en être prévalué que dans le cadre de la procédure de recours, dans la mesure où ce n'est qu'à l'issue de l'expertise réalisée en 2013 que l'expert a pu démontrer l'impact de cette obésité tronculaire sur l'équilibre initialement acquis, voire sur l'autonomie de la recourante. En dehors de la question des changements intervenus sur le plan familial (naissance de deux enfants en 2009 et 2013), cela pourrait expliquer pourquoi la recourante a été en mesure de vivre de manière autonome à [...] de 2005 à 2008, tout en suivant une formation au F. _____. Compte tenu de l'aggravation de l'état de santé de la recourante dès janvier 2009, il sied de retenir que les conditions

- 28 - d'assurance (art. 6 al. 2 LAI) sont remplies au regard de l'obésité morbide constatée par l'expert. d) Toutefois, le dossier en l'état ne permet pas de savoir si l'obésité telle que décrite par l'expert a un caractère invalidant et si le besoin d'aide d'un tiers dont fait état la recourante pour trois actes de la vie quotidienne : « se vêtir », « se baigner/se doucher » et « se déplacer », ainsi d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, sont liés à cette prise de poids excessive invalidante, sans qu'aucun effort raisonnablement exigible ne puisse être entrepris pour la réduire. A cet égard, il sied de relever que l'enquête à domicile s'est essentiellement focalisée sur la question des conditions d'assurance en lien avec la poliomyélite. Or, dans sa demande déposée le 18 juillet 2011, la recourante avait notamment fourni des indications sur la question du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (cf. annexe aux ch. 5.2 et 5.3) lesquelles n'ont pas été vérifiées par la collaboratrice de l'intimé ayant procédé à l'enquête à domicile du 14 février 2012.

E. 6

a) En conséquence de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision entreprise, et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète son instruction, puis rende une nouvelle décision au sens des considérants. b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate du Service juridique de Procap, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPG, 55 LPA- VD et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]),

lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

- 29 -

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