

VD_GERICHTE ZD19.013376 vom 13. September 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.013376

FR: VD_GERICHTE ZD19.013376 du 13 septembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD19.013376 del 13 settembre 2019

Erwägungen

E. 2

a) Le droit du recourant à une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1er septembre 2016 n'est pas contesté. b) Est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à ce que cette prestation soit versée pour une période antérieure à cette date.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, 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. b) La loi distingue trois degrés d'impotence: grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 (art. 37 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; (b) 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 (c) 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 (art. 37 al. 2 RAI). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: (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; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

- 7 - c) Selon le ch. 8010 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), les actes ordinaires de la vie 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). 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 des fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles

(ATF 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TFA H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71). En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (TFA I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509). d) En vertu de l'art. 37 al. 4 RAI, seul est pris en considération dans le cas des mineurs le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé. Afin de faciliter l'évaluation du besoin d'assistance d'autrui, l'Office

- 8 - fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS) a établi des recommandations concernant l'évaluation de l'impotence déterminante chez les mineurs (annexe III à la CHAI). e) Selon l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), ou du mois au cours duquel il atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI. L'art. 42bis al. 3 LAI précise que 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.

E. 4

a) Si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 1 LAI). Quant à l'alinéa 2, il prévoit que les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) et il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b). b) Selon la jurisprudence, en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte, l'annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n'ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n'existe au dossier aucun indice permettant de croire qu'elles pourraient entrer en considération. L'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux

- 9 - prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l'assuré fait valoir qu'il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d'examiner selon l'ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l'imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l'assuré fait valoir ultérieurement (ATF 121 V 195 consid. 2 et les arrêts cités). L'annonce à l'assureur social permet en principe de sauvegarder le délai de l'art. 24 al. 1 LPGA, selon lequel le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. Toutefois, lorsque l'administration a manqué à son devoir d'instruction malgré une demande suffisamment précise de l'assuré, le paiement de prestations arriérées est soumis au délai de cinq ans prévu à l'art. 24 al. 1 LPGA: seules les

prestations dues pour les cinq dernières années à partir de la nouvelle demande de prestations sont versées, le droit aux prestations antérieures s'étant éteint (ATF 121 V 195 consid. 5d; TF M 12/06 du 23 novembre 2007 consid. 5.3). Conformément à la situation de droit présentée ci-avant, lorsqu'un assuré présente des demandes successives à l'assurance-invalidité, deux éventualités peuvent se présenter (cf. TFA I 317/94 du 3 novembre 1995) : - soit l'assuré a préservé tous ses droits par une première requête, en ce sens que l'administration devait examiner si le versement des prestations en cause entraînait éventuellement en ligne de compte; dans l'affirmative, les prestations arriérées peuvent être octroyées pour les cinq ans qui précèdent la demande ultérieure de l'assuré; - soit l'administration n'était pas tenue de procéder à cet examen d'office et les prestations ne peuvent être allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de cette même demande.

E. 5

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

- 10 - 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

E. 6

a) A titre liminaire, il convient de constater que, même si la demande initiale du recourant déposée le 21 mai 2013 ne portait expressément que sur l'octroi de mesures médicales, son annonce comprenait toutes les prétentions qui, de bonne foi, étaient liées à la survenance du risque annoncé (cf. consid. 4b ci-dessus). b) Contrairement à ce que soutient le recourant, le besoin d'aide ne ressortait toutefois pas clairement des documents recueillis dans le cadre de cette demande de prestations. Certes était-il fait mention dans le rapport établi le 5 juillet 2013 par le Centre de psychiatrie F. _____, d'une part, que la propreté n'était pas acquise et qu'il avait besoin de se cacher pour faire ses selles dans sa couche et, d'autre part, que son comportement dénotait une manière inadéquate d'entrer en contact avec ses pairs. Au moment de l'établissement de ce rapport, le recourant, qui est né le 19 octobre 2009, n'était toutefois âgé que de trois ans et huit mois, si bien qu'il n'était pas possible à ce moment-là d'admettre le caractère durable du besoin d'aide au regard des recommandations de l'OFAS, lesquelles prévoient qu'un enfant n'a plus besoin de couches pendant la journée à partir de l'âge de trois ans et qu'il est capable de nouer des contacts sociaux et connaît les règles sociales à partir de l'âge de cinq ans. Quant au besoin de surveillance personnelle mentionné dans le rapport susmentionné, les recommandations de l'OFAS précisent qu'une surveillance particulièrement intense ne doit en règle générale pas être prise en considération avant l'âge de huit ans. Dans ces conditions, il ne

- 11 - peut être fait le reproche à l'office intimé, sur le vu des informations dont il disposait, de n'avoir pas invité le recourant, respectivement ses parents, à déposer une demande d'allocation pour impotent. Il convient par conséquent de se référer à la seconde demande

de prestations pour déterminer le début du droit à l'allocation. c) Le recourant ayant présenté sa seconde demande de prestations le 13 septembre 2017, il y a lieu d'examiner si et, le cas échéant, dans quelle mesure elle déploie des effets rétroactifs antérieurs au 1er septembre 2016. En l'espèce, il est constant que les problèmes de santé présentés par le recourant étaient objectivement reconnaissables pour sa mère depuis plusieurs années et qu'elle n'était donc pas dans la situation où elle ne pouvait connaître les faits ouvrant droit à une allocation pour impotent. Il n'est au demeurant pas décisif que le diagnostic de trouble de la sphère autistique n'ait été posé qu'en mai 2018. Le moyen du recourant tiré de l'ignorance du droit à une allocation pour impotent ne lui est dès lors d'aucun secours. Il résulte de ce qui précède que le recourant ne peut se prévaloir de l'exception prévue à l'art. 48 al. 2 LAI et que, partant, il n'a droit à une allocation pour impotent que pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande du 13 septembre 2017, soit en l'occurrence à compter du 1er septembre 2016.

E. 7

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

E. 8

a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe

- 12 - b) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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