

VD_GERICHTE ZD23.039171 vom 17. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.039171

FR: VD_GERICHTE ZD23.039171 du 17 mai 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.039171 del 17 maggio 2024

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al.

E. 2

Le litige a pour seul objet le droit du recourant à un supplément pour soins intenses, singulièrement la question de savoir si la situation du recourant s'est modifiée – de manière à influencer son droit au supplément pour soins intenses – entre le 1er juillet 2018, date à laquelle un supplément pour soins intenses de quatre heures par jour lui a

- 12 - été accordé, et le 30 septembre 2023, date à laquelle l'office intimé a supprimé le supplément pour soins intenses.

E. 3

a) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535). b) De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieur à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références citées). c) En l'espèce, les faits déterminants se sont déroulés tant sous l'ancien que sous le nouveau droit, tandis que la décision litigieuse date du 10 août 2023. Cela étant, les dispositions de la LAI applicables en matière d'allocation pour impotent n'ont pas subi de modifications dès le 1er janvier 2022. Le nouveau droit entré en vigueur au 1er janvier 2022, applicable au cas particulier, demeure par conséquent sans incidence sur l'issue de la présente procédure.

E. 4

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, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Ce principe vaut également pour le supplément pour soins intenses (TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2.2). b) 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. 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

- 13 - initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; voir également TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).
c) Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le droit à la prestation doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; voir également TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2 ; 9C_226/2013 du 4 septembre 2013 consid. 2.1).

E. 5

a) Si le supplément pour soins intenses n'est pas une prestation indépendante, mais implique la préexistence d'une allocation pour impotent (cf. notamment art. 42ter al. 3 LAI ; voir aussi TF 9C_666/2013 du 25 février 2014 consid. 8.2), les bases sur lesquelles reposent ces deux institutions juridiques sont cependant différentes. aa) Est considéré comme impotent celui qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (cf. art. 9 LPGA). Ces actes ordinaires de la vie se divisent en six catégories : « se vêtir, se dévêtir », « se lever, s'asseoir, se coucher », « manger », « faire sa toilette », « aller aux w.-c. » et « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur, établir des contacts sociaux avec l'entourage » (ATF 127 V 94 consid. 3c). Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 RAI). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (cf. TF 9C_666/2013 précité consid. 8.1).

- 14 - bb) Un supplément pour soins intenses peut être ajouté à l'allocation pour impotent lorsque celle-ci est servie à un mineur qui a en outre besoin d'un surcroît de soins dont l'accomplissement atteint le seuil minimum quotidien de quatre heures (cf. art. 42ter al. 3 LAI et 39 RAI). Le point de savoir si l'impotent mineur a droit audit supplément repose en conséquence sur une appréciation temporelle de la situation (TF 9C_666/2013 précité consid. 8.2) dans laquelle il convient d'évaluer le surcroît de temps consacré au traitement et aux soins de base par rapport au temps ordinairement consacré auxdits traitements et soins pour un mineur du même âge en bonne santé ; n'est en revanche pas pris en considération le temps consacré aux mesures médicales ordonnées par un médecin et appliquées par du personnel paramédical ni le temps consacré aux mesures pédagogiques thérapeutiques (cf. art. 39 al. 2 RAI). b) Bien que ni la loi, ni le règlement sur l'AI ne fassent expressément référence à l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31), les soins de base évoqués à l'art. 39 al. 2 RAI sont ceux qui figurent à l'art. 7 al. 2 let. c OPAS. Ils recourent partiellement les actes ordinaires de la vie mais ne peuvent y être assimilés pour autant. En particulier, l'acte ordinaire « se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur / établir des contacts

sociaux avec l'entourage » n'est pas un soin de base selon la systématique légale et réglementaire mise en place (dans ce sens, TF 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.3 et 4.3).

E. 6

a) La Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), contient à son annexe 3 des « Valeurs maximales et aide en fonction de l'âge » qui mesurent le temps nécessaire à l'aide apportée en fonction de l'âge aux fins de l'accomplissement des différents actes ordinaires de la vie. Les valeurs, qui reposent sur l'expérience des divers offices de l'assurance-invalidité, sont qualifiées de « valeurs moyennes » ; elles ont été vérifiées et soumises à des tests par un groupe de travail composé d'experts de divers offices de l'assurance-invalidité. L'OFAS souligne que les valeurs maximales du temps pouvant être prises en considération pour

- 15 - l'accomplissement de chaque acte ordinaire de la vie ont pour base le formulaire FAKT, conçu pour les assurés adultes. Des adaptations spécifiques aux mineurs s'avèrent à son avis justifiées dans la mesure où ce n'est qu'à partir de 10 ans que le besoin d'aide en temps est analogue à celui pris en considération pour un adulte. b) Les directives et circulaires administratives s'adressent aux organes d'exécution et n'ont pas d'effets contraignants pour le juge. Toutefois, dès lors qu'elles tendent à une application uniforme et égale du droit, il convient d'en tenir compte et en particulier de ne pas s'en écarter sans motifs valables lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce et traduisent une concrétisation convaincante de celles-ci. En revanche, une circulaire ne saurait sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elle est censée concrétiser. En d'autres termes, à défaut de lacune, un tel acte ne peut prévoir autre chose que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (ATF 140 V 543 consid. 3.2.2.1 ; 138 V 346 consid. 6.2 ; 137 V 1 consid. 5.2.3 et 133 V 257 consid. 2 et les références citées). 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. 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 et 128 V 93).

- 16 -

E. 7

a) Dans sa décision du 6 août 2018 relative à la période à compter du 1er juillet 2018, l'office intimé avait retenu que le recourant pouvait prétendre à un supplément pour soins intenses de quatre heures par jour, dès lors qu'il nécessitait un surcroît d'aide de cinq heures et quinze minutes, à savoir de cinq heures et cinq minutes pour les actes de la vie et de dix minutes pour les traitements. Aux termes de sa décision du

E. 10

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

- 20 -

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