



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1554/2018

ATAS/611/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CONFIGNON, représentée par
l'Association permanence de défense des patients et assurés
(APAS)

recourante

contre

CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION, rue
des Gares 12, GENÈVE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1951, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 70% depuis mars 1992 en raison d'une atteinte de la vue présente depuis sa naissance.
2. En juillet 2010, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotence. Elle indiquait alors avoir besoin d'aide pour les soins du corps et pour sortir à l'extérieur.

Par décision du 8 janvier 2013, elle s'est vu accorder une allocation pour impotence de degré faible à compter du 1^{er} juillet 2009.

A l'époque, le docteur B_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, avait expliqué que sa patiente était atteinte d'une haute myopie des deux côtés, d'une amblyopie à droite et d'une pseudophakie post-opératoire à gauche sur haute myopie préalable. L'acuité visuelle à droite était limitée à la perception de la lumière et ceci depuis toujours, puisqu'il s'agissait d'un œil fortement amblyope sur haute myopie. La dernière acuité visuelle mesurée à gauche en date du 22 mars 2010 était de - 18.00 (-1,75) 180° 6/10 partielle. Le champ visuel n'avait pas été testé, mais, vu la très forte atrophie choroïdienne, il était certainement gravement perturbé à gauche et à droite, la vision se limitait en tous les cas à une perception lumineuse dans tous les cadrans (cf. rapport du 28 juillet 2010).

Un rapport d'expertise avait été rendu le 10 juin 2011 par le docteur C_____, à la clinique à l'hôpital ophtalmique Jules GONIN, qui avait retenu le status suivant :

- acuité visuelle de loin à gauche : 0,16 partiel 2/3 avec s -18,25, c -1,75 à 175 ° ;
- acuité visuelle de près : non détectable pour l'œil droit et 0,16 à 20 cm pour l'œil gauche.

Une choroïdose myopique très importante, plus prononcée à droite, avait été observée, avec de multiples dégénérescences liées à une myopie forte.

L'examen du champ visuel à droite était difficilement praticable (déficit diffus quasi complet et champ visuel de base vision effectués) ; à gauche, il présentait un déficit concentrique diffus compatible avec une choroïdose myopique.

Il ressortait de l'examen que l'assurée était pratiquement monoptalme (en d'autres termes, elle ne voyait que de l'œil gauche), avec une acuité visuelle très limitée pour cet œil unique. Une aggravation de l'acuité visuelle de l'œil gauche ne pouvait être exclue vu les risques ophtalmologiques liés à une myopie forte (atteinte maculaire, décollement de rétine, déchirure rétinienne, glaucome, etc.).

3. Le 8 février 2015, l'assurée a atteint l'âge de la retraite.
4. Par courrier du 17 octobre 2017, le Dr B_____, ophtalmologue, a sollicité pour le compte de sa patiente la révision de son dossier.
5. Dans le formulaire concernant l'allocation pour impotent, l'assurée a indiqué avoir besoin d'aide pour deux actes ordinaires de la vie : les soins du corps (se laver, se coiffer, se baigner et se doucher) et l'entretien de contacts sociaux avec l'extérieur.

Dans un rapport du 16 novembre 2017, le Dr B_____ a fait état d'une très haute myopie des deux côtés, d'une amblyopie congénitale profonde, d'une pseudophakie post-opératoire et d'une atrophie choroïdienne dégénérative très marquée des deux côtés. Il a expliqué que l'état de sa patiente s'était aggravé et n'était pas susceptible d'amélioration. L'acuité visuelle de l'œil droit était limitée à la perception de la lumière depuis toujours. La dernière acuité visuelle à gauche mesurée en juin 2017 était de 0,5 avec -17,5 (-1,5/6°), de -0,15 seulement dans la pénombre. Le médecin a précisé ne pouvoir se prononcer quant à la quantification de l'aide apportée par les tiers pour chaque acte ordinaire de la vie et a suggéré qu'une évaluation soit réalisée sur place.

6. Le 17 janvier 2018, la doctoresse D_____, généraliste, a confirmé que, sur le plan clinique, sa patiente était très invalidée par son problème ophtalmologique dans la vie quotidienne. Elle ne pouvait sortir seule et était d'ailleurs tombée récemment, parce qu'elle n'avait pas vu un trottoir. Elle avait besoin d'aide au quotidien.
7. Le 5 février 2018, le gestionnaire en charge du dossier de l'assurée à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) a suggéré la réalisation d'une enquête pour impotence afin de déterminer pour quels actes l'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante et depuis quand.
8. Par décision du 22 novembre - confirmée sur opposition le 29 mars 2018 -, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) a refusé d'augmenter le taux de l'allocation pour impotent allouée à l'assurée.

La caisse a considéré qu'il n'y avait pas eu modification des faits : le besoin d'aide était identique à celui prévalant lors de la décision initiale.

Pour le surplus, la caisse a considéré qu'une enquête à domicile était inutile dans la mesure où aucune nouvelle atteinte à la santé n'était invoquée.

9. Par écriture du 8 mai 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen dès octobre 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

La recourante reproche à la caisse d'avoir statué sans avoir fait procéder à l'enquête à domicile préconisée tant par son ophtalmologue que par le gestionnaire de son dossier à l'OAI.

La recourante allègue avoir besoin d'une aide « dans de multiples aspects de la vie quotidienne » et conclut dès lors à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré moyen.

10. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Il n'est pas contesté que la recourante peut prétendre au versement d'une allocation pour impotence d'un montant égal à celui versé en application de la loi sur l'assurance-invalidité après qu'elle a atteint l'âge de la retraite, soit une allocation de degré faible en raison de ses problèmes de vue.

Se pose la question d'une aggravation de ladite atteinte, que l'intimé considère ne pas avoir été démontrée.

11. Le 14 août 2018, la recourante a produit un rapport du docteur E_____, spécialiste en ophtalmologie, du 26 juillet 2018, dont il ressort qu'elle est limitée dans quatre actes ordinaires de la vie quotidienne : se vêtir/se dévêtir, manger, aller aux toilettes et se déplacer. Le médecin explique que ces difficultés sont liées à une acuité visuelle limitée, à l'absence de perception lumineuse d'un côté et à une acuité visuelle très basse, d'environ 1/10 à gauche. Ce déficit rend tous les actes de la vie quotidienne très difficiles.

12. Par écriture du 27 août 2018, l'intimée a rappelé qu'à l'époque de l'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible, l'assurée présentait une acuité visuelle très limitée de l'œil gauche et un déficit quasi complet de l'œil droit.

Dans le cadre de la demande de révision, le Dr B_____ a fait état d'une très haute myopie bilatérale et d'une acuité visuelle très réduite. Quant au Dr E_____, il a mentionné des difficultés liées à une acuité visuelle limitée rendant tous les actes de la vie quotidienne très difficiles.

L'intimée admet que la recourante est gravement handicapée de la vue, mais considère qu'entre 2011 et 2018, aucune aggravation manifeste et objective de son état de santé n'a été mise en évidence, susceptible de modifier son droit aux prestations.

Invitée à produire tous documents pouvant justifier une aggravation objective de son état de santé par rapport à 2011, la recourante, après trois prolongations de délai, a fait parvenir à la Cour de céans deux rapports du Dr E_____ des 11 octobre 2018 et 15 novembre 2018.

- dans le premier, le Dr E_____ explique qu'il n'y a pas eu de péjoration de l'acuité visuelle, celle-ci étant stable, tout en soulignant que la perception visuelle ne se limite pas à la quantité de vision, mais également à la qualité de celle-ci (contrastes, couleurs, vision nocturne, etc.) ; or, du fait de la pathologie rétinienne de l'assurée, « on peut tout à fait imaginer que cette qualité visuelle continue inexorablement à diminuer » ; l'assurée souffre d'une cataracte de l'œil gauche qui participe à une baisse, non pas de

l'acuité visuelle, mais en tout cas de la sensibilité aux contrastes et de la perception visuelle ;

- dans le second, le Dr E_____ fait état, à gauche, d'une acuité visuelle de 0,16 partielle, alors qu'à droite, l'assurée perçoit à peine la lumière ; il indique que la patiente lui a relaté rencontrer des difficultés à faire son ménage, à se déplacer et à s'habiller ; il note que, par rapport à juin 2018, l'acuité visuelle de l'œil gauche a diminué et qu'elle est désormais très basse ; il mentionne, à droite, une choroïdose myopique très avancée avec une rétine complètement atrophique en son centre et, à gauche, une choroïdose myopique avancée également et un début de cataracte ; il explique qu'une opération de la cataracte n'est pas indiquée, car elle est discrète et que c'est essentiellement le problème rétinien qui est à la source de l'atteinte.

La recourante tire la conclusion de ces documents qu'il y a bel et bien eu aggravation de son état de santé et maintient avoir besoin de l'aide d'autrui pour quatre actes ordinaires de la vie quotidienne.

13. Par écriture du 10 janvier 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de degré plus important que celle dont elle bénéficie depuis 2009.
5. a. 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 (art. 9 LPGA).
b. Selon l'art. 43 bis LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et

leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible. La rente de vieillesse anticipée est assimilée à la perception d'une rente de vieillesse (al. 1). Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant un an au moins sans interruption. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies (al. 2).

La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation. Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires (al. 5).

c. Selon l'art 66bis RAVS, est applicable à l'évaluation de l'impotence, l'art. 37 al. 1, al. 2 let a et b et al. 3 let a à d du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201).

L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

Elle 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201).

L'impotence est moyenne, selon l'art. 37 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), 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 ;
- 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
- 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.

L'impotence est de degré faible (art. 37 al. 3 RAI) 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 ;
- d'une surveillance personnelle permanente ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré ;

- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, c'est-à-dire lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut, en raison d'une atteinte à la santé :
 - vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne,
 - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne, ou
 - éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (art. 38 al. 1 RAI).

d. Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir, se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer dans l'appartement ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 125 V 303 consid. 4a, 124 II 247 consid. 4c, 121 V 90 consid. 3a et les références).

La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais non de la fonction partielle d'entretenir des contacts sociaux (ch. 8024 CIIAI).

6. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, 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 (art. 17 al. 2 LPGA).

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 de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

7. 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 LPGA), 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 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 que le rapport 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 convient en outre 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_782/2010 du 10 mars 2011, consid. 2.3).

8. En l'espèce, l'intimée a admis qu'une aggravation avait été rendue plausible, puisqu'elle est entrée en matière sur la nouvelle demande d'allocation.

Cette aggravation a été documentée par le Dr E_____ qui a expliqué que s'il n'y avait pas eu péjoration de l'acuité visuelle en elle-même, la qualité de la vision s'était dégradée du fait de la pathologie rétinienne de l'assurée : la cataracte dont est atteint son seul œil valide – trop faible pour être opérée – participe à la baisse de la sensibilité aux contrastes et de la perception visuelle, étant rappelé que la vision de l'œil gauche était déjà extrêmement faible.

On relèvera que jamais aucune enquête à domicile n'a été effectuée, puisque, à l'octroi de l'allocation de degré faible, l'assurée a bénéficié de la présomption attachée aux graves atteintes visuelles.

Dès lors, la Cour de céans considère qu'en présence de l'aggravation alléguée et documentée, l'intimée ne pouvait faire l'économie d'une telle enquête pour vérifier le besoin d'aide concret de la recourante au quotidien. Au demeurant, une telle enquête a été suggérée tant par les médecins que par le collaborateur de l'OAI en charge du dossier de l'assurée.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

En l'état, il convient de renvoyer la cause à l'intimée à charge pour cette dernière de faire procéder à l'enquête économique au domicile de l'assurée afin d'établir clairement quels sont les besoins de cette dernière après aggravation de son atteinte ophtalmique.

En ce sens, le recours est partiellement admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 29 mars 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le