

S1 18 103

JUGEMENT DU 5 DÉCEMBRE 2019

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître M _____

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé

(art. 78 LPGA ; responsabilité des assureurs,
acte illicite, faute, tort moral, dommage à établir)

Faits

A. Par décisions du 21 avril 2010, l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) a alloué à X _____, née le xxx 1959, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2007 au 30 juin 2008 puis une rente entière dès le 1^{er} juillet 2008.

Le 5 novembre 2014, X _____ a complété un questionnaire pour la révision de la rente, en mentionnant avoir besoin d'un accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie.

Par décision du 24 août 2015, l'Office AI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent.

B. Le 14 mars 2016, X _____ a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent. Elle a indiqué qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie mais qu'elle nécessitait un accompagnement pour entretenir des contacts sociaux, pour éviter l'isolement durable du monde extérieur, pour faire face aux nécessités de la vie et pour pouvoir continuer à vivre chez elle.

Dans le rapport d'enquête impotence AI pour adulte, daté du 21 novembre 2016, l'Office AI a relevé que X _____ habitait seule, qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie, ni pour structurer ses journées, ni pour prendre et gérer ses rendez-vous médicaux et autres, ni pour assumer son hygiène personnelle, ni pour préparer les repas même si elle cuisinait le strict minimum, ni pour s'occuper des tâches administratives même si quelqu'un l'aidait pour remplir la déclaration d'impôts ou régler certains problèmes particuliers, ni pour effectuer les activités nécessaires hors de son domicile telles que les achats, ni pour éviter un risque important d'isolement durable, que depuis mai 2016, elle ne bénéficiait plus de l'aide du centre médico-social pour les tâches ménagères et qu'elle n'avait plus fait le ménage depuis lors. En outre, une surveillance personnelle permanente, des soins de base et des traitements ainsi que des moyens auxiliaires n'étaient pas nécessaires (pièce 46).

C. Par projet de décision du 24 novembre 2016, l'Office AI a proposé de nier le droit de l'assurée à une allocation pour impotent.

En date du 10 janvier 2017, X _____, représentée par Me M _____, a déposé des objections contre ce projet de décision. Elle a invoqué que le rapport d'enquête d'impotence ne reflétait pas la réalité, qu'il avait été établi un jour où elle allait mieux, que son état de santé était très variable d'une semaine à l'autre et que ledit rapport était

en totale contradiction avec les constatations médicales. Elle a demandé un délai pour produire un nouveau rapport médical ainsi que l'organisation d'une nouvelle enquête d'impotence, en présence de son avocat.

Au cours de l'enquête sur l'impotence effectuée le 27 septembre 2017 dans les bureaux du mandataire de l'assurée, l'Office AI a rapporté, le lendemain, que celle-ci vivait seule, qu'elle n'avait pas besoin d'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie et qu'une surveillance personnelle permanente, des soins de base et des traitements ainsi que des moyens auxiliaires n'étaient pas nécessaires. Il a ajouté que X _____ rencontrait de grandes difficultés pour trouver une aide adaptée à sa situation et à ses attentes, qu'elle était en litige avec le centre médico-social compétent qui avait refusé de poursuivre ses interventions au début de l'année 2016, que depuis septembre 2016, elle bénéficiait d'un suivi régulier dispensé par des infirmiers en psychiatrie, que l'accompagnement prodigué par les deux premiers avait été arrêté pour des problèmes de manipulation et d'abus de confiance et que dès le mois d'août 2017, un soutien important était apporté par une infirmière qui, à certaines périodes, venait tous les jours, même le week-end. En considération des renseignements détaillés de la précédente enquête, des avis du médecin traitant et du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) ainsi que des récentes informations complémentaires, dit office a retenu que depuis janvier 2016, la situation de l'assurée s'était aggravée et qu'elle avait désormais besoin d'une présence régulière d'un tiers pour éviter un risque important d'isolement durable.

Dans son mandat du 24 octobre 2017 au SMR, l'Office AI a proposé de reconnaître une impotence faible depuis le 1^{er} janvier 2017, en raison du besoin d'un accompagnement régulier et durable pour faire face aux nécessités de la vie, soit pour éviter l'isolement.

Constatant que dans son rapport du 2 mai 2017, le Dr B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à C _____, avait souligné la nécessité d'une aide extérieure pour structurer les journées de sa patiente et que la dernière enquête sur l'impotence avait montré le besoin d'une présence régulière d'un tiers pour éviter un risque important d'isolement, le Dr D _____ du SMR a écrit dans sa réponse du 6 novembre 2017 qu'il partageait pleinement l'appréciation exposée dans ce mandat.

Après avoir pris connaissance de ces derniers éléments, l'assurée a requis, dans ses observations du 11 décembre 2017, l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1^{er} janvier 2017

Par décision du 3 janvier 2018, l'Office AI a nié de droit de X _____ a une allocation pour impotent. Il a rappelé tout d'abord que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ni d'une surveillance personnelle permanente, ni de soins de base et de traitements, ni de services de tiers pour entretenir des contacts sociaux en présence d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle. Il a considéré ensuite qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas établi. L'Office AI a exposé dans ce contexte que, conformément aux constatations faites lors de l'enquête de novembre 2016, il ressortait du dernier rapport d'enquête sur l'impotence du 28 septembre 2017 que l'assurée demeurait toujours autonome pour structurer ses journées, prendre et gérer ses rendez-vous médicaux et autres, assumer son hygiène personnelle, préparer des repas simples, s'occuper des tâches administratives avec un appui ponctuel d'autrui et effectuer les activités nécessaires hors du domicile, que le besoin d'une présence régulière d'un tiers pour éviter un risque important d'isolement durable avait alors été mis en évidence, que les récentes informations médicales au dossier faisaient plutôt état de la nécessité de l'intervention de tiers pour aider l'assurée à gérer son quotidien que de l'existence d'un risque d'isolement durable et qu'ainsi, le besoin d'un accompagnement pour éviter un tel risque, même hypothétique, ne pouvait être retenu.

D. Le 23 janvier 2018, X _____ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen, ou à tout le moins de degré faible, dès le 1^{er} janvier 2017. Elle a notamment estimé que la décision attaquée était arbitraire parce qu'il n'y était pas expliqué pourquoi les conclusions de ses médecins, du SMR et de l'auteur du dernier rapport d'enquête sur l'impotence avaient été écartées et que cette décision comportait une incohérence frappante, à savoir à la fois la mention d'une autonomie dans l'organisation de la vie de tous les jours et de la nécessité de l'aide de tiers dans la gestion du quotidien.

Dans sa réponse du 6 mars 2018 au recours du 23 janvier précédent, l'Office AI a conclu au rejet de ce recours et au maintien de sa décision du 3 janvier 2018, à la motivation de laquelle il a renvoyé. Il a ajouté que, contrairement à ce que la recourante avait prétendu, les raisons pour lesquelles il n'y avait pas lieu de suivre les conclusions retenues lors de la dernière enquête sur l'impotence au sujet d'un potentiel risque d'isolement durable figuraient dans le prononcé attaqué.

E. Le 6 février 2018, X _____, toujours représentée par Me M _____, a déposé auprès de l'Office AI une demande en réparation au sens de l'article 78 LPGA. Elle a fait valoir que la décision du 3 janvier 2018 était contraire au droit et arbitraire, au vu notamment des avis de l'enquêteur, de la gestionnaire et du service médical de l'Office AI, et que selon les deux certificats annexés, respectivement établis le 23 janvier 2018 par le Dr E _____ à F _____ et le 29 janvier suivant par le Dr B _____, ce prononcé avait entraîné une dégradation de son état de santé, avec une décompensation sévère des troubles psychiques et l'expression claire d'idées suicidaires, ainsi qu'un important dommage, impossible à chiffrer à l'heure actuelle, sous forme d'un tort moral pour sa souffrance non reconnue par l'Office AI et de frais médicaux supplémentaires non pris en charge par les assurances (.

Le lendemain, l'Office AI a demandé à la requérante de chiffrer précisément le montant du dommage.

Celle-ci a répondu, le 8 mars suivant, que la grave décompensation attestée médicalement et ses conséquences justifiaient le versement d'un tort moral de 5000 fr. ainsi que le remboursement de frais médicaux supplémentaires non pris en charge par l'assurance-maladie de base ou les prestations complémentaires, de quelques centaines de francs, dont le total serait communiqué à réception des factures correspondantes.

Par décision du 14 mars 2018, l'Office AI a rejeté la demande en réparation fondée sur l'article 78 LPGA, après avoir constaté que cette demande avait été déposée dans le délai légal applicable. Dit office a exposé qu'il ne voyait pas quelles prescriptions protégeant un bien juridique il aurait violé en considérant, dans le cadre de ses attributions et de son pouvoir d'appréciation, que l'assurée ne remplissait pas les conditions posées pour un accompagnement afin de faire face aux nécessités de la vie et que la responsabilité d'un office AI découlant de la seule notification d'une décision défavorable à la personne assurée apparaissait plus que douteuse. Il a ajouté qu'un lien de causalité entre la réception, par le mandataire de X _____, de la décision de refus d'une allocation pour impotent du 3 janvier 2018 et l'aggravation alléguée de l'état de santé de celle-ci n'était pas établi et qu'étant donné les prestations médicales, en particulier de psychothérapie, prises en charge aux conditions très larges des articles 25 LAMal et 2 et suivants de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), des frais médicaux supplémentaires incombant à la requérante n'étaient, en l'absence de dommage chiffré, pas établis.

F. En date du 26 avril 2018, X _____ a interjeté recours céans contre cette dernière décision en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu dans la cause connexe pendante céans et à la possibilité de compléter son recours et ses moyens de preuve ultérieurement, principalement, à l'admission du recours et de la responsabilité de l'Office AI ainsi qu'à la réparation de l'entier du préjudice causé par le refus d'octroi d'une allocation pour impotent, le montant du préjudice étant chiffré dès que possible et, subsidiairement, à l'admission du recours et au renvoi de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a invoqué que le refus de l'Office AI de lui octroyer une allocation pour impotent, alors que les conditions donnant droit à cette prestation étaient manifestement remplies, avait gravement porté atteinte à sa santé selon ses médecins, en renforçant son isolement durable et en exacerbant son idéation suicidaire, avec un risque réel de passage à l'acte. Elle a mentionné au surplus qu'à l'heure actuelle, il était impossible de chiffrer définitivement le montant du préjudice en résultant, lequel continuait à se développer. Elle a argué enfin que l'acte illicite consistait dans le refus, contraire au droit et arbitraire, de l'Office AI de lui allouer la prestation en question, que le caractère arbitraire d'une décision perdurait en dépit d'un recours interjeté auprès d'une autorité judiciaire, que le lien de causalité entre cet acte illicite et le préjudice subi avait été établi par les rapports des Drs E _____ et B _____, rédigés en janvier 2019 et déjà déposés, que la décision querellée lui était parvenue même si elle avait d'abord été adressée à son mandataire et qu'elle ne réclamait pas en l'occurrence l'octroi de prestations d'assurance selon la LAMal mais bien l'indemnisation de prétentions en responsabilité dans le cadre de l'article 78 LPGa.

Dans sa réponse du 29 mai 2018, l'Office AI ne s'est pas opposé à la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu en la cause connexe. Il a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 14 mars précédent, à la motivation de laquelle il s'est référé. Il a rappelé que la recourante n'avait toujours pas prouvé ni chiffré son dommage matériel et précisé que selon les dispositions applicables, une indemnité pour tort moral supposait la faute d'un fonctionnaire, inexistante dans le cas d'espèce.

La présente procédure a été suspendue par ordonnance présidentielle rendue le 6 juin 2018.

Par jugement prononcé ce jour dans la procédure connexe, la Cour de céans a admis le recours du 23 janvier 2018, annulé la décision de l'Office AI du 3 janvier précédent et reconnu le droit de la recourante à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} janvier 2017. Elle a retenu que cette prestation était due en vertu des articles 42

alinéa 3 LAI, 37 alinéa 3 lettre e RAI et 38 alinéas 1 et 2 RAI, étant donné que X _____ avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en tout cas au sens des lettres a et c, et peut-être même b, de l'article 38 alinéa 1 RAI. La Cour a relevé en outre que la motivation de la décision du 3 janvier 2018 n'était pas cohérente.

Considérant en droit

1.1 Les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (art. 78 al. 1 LPGA). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (art. 78 al. 2 LPGA). La responsabilité subsidiaire de la Confédération pour les institutions indépendantes de l'administration ordinaire de la Confédération est régie par l'article 19 de la loi du 14 mars 1958 sur la responsabilité (art. 78 al. 3 LPGA). Les dispositions de la LPGA s'appliquent à la procédure prévue aux alinéas 1 et 3. Il n'y a pas de procédure d'opposition. Les articles 3 à 9, 11, 12, 20 alinéa 1, 21 et 23 de la loi du 14 mars 1958 sur la responsabilité sont applicables par analogie (art. 78 al. 4 LPGA).

La Confédération répond du dommage causé sans droit à un tiers par un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions, sans égard à la faute du fonctionnaire (art. 3 al. 1 de la loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires [loi sur la responsabilité ou LRCF, RS 170.32]). Si le fonctionnaire a commis une faute, l'autorité compétente peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille, une indemnité équitable à titre de réparation morale (art. 6 al. 1 LRCF). Celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité a droit, en cas de faute du fonctionnaire, à une somme d'argent à titre de réparation morale, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement (art. 6 al. 2 LRCF).

Parmi les conditions posées par l'article 78 alinéa 1 LPGA, il faut que l'organe d'exécution ou le personnel de l'organisme recherché en tant que garant de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales ait commis un acte illicite. L'illicéité au sens de l'article 3 alinéa 1 LRCF, auquel renvoie l'article 78 alinéa 4 LPGA, suppose la

violation par l'Etat, au travers de ses organes ou agents, d'une norme protectrice des intérêts d'autrui, en l'absence de motifs justificatifs (consentement, intérêt public prépondérant, etc.). L'illicéité peut d'emblée être réalisée si le fait dommageable découle de l'atteinte à un droit absolu (vie, santé ou droit de propriété). Si, en revanche, le fait dommageable consiste en une atteinte à un autre intérêt (par exemple le patrimoine), l'illicéité suppose que l'auteur ait violé une norme de comportement ayant pour but de protéger le bien juridique en cause (Verhaltensunrecht). Exceptionnellement, l'illicéité dépend de la gravité de la violation. C'est le cas lorsque l'illicéité reprochée procède d'un acte juridique (une décision, un jugement). Dans ce cas, seule la violation d'une prescription importante des devoirs de fonction est susceptible d'engager la responsabilité de l'Etat. A cet égard, le fait de rendre une décision qui se révèle par la suite inexacte, contraire au droit ou même arbitraire ne suffit pas. L'illicéité n'est réalisée que si le juge ou le fonctionnaire a violé un devoir essentiel pour l'exercice de sa fonction. Ce sont les devoirs de fonction qui doivent protéger contre les dommages liés à un acte juridique erroné et non pas les normes du droit matériel lui-même que le juge ou le fonctionnaire est tenu d'appliquer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_214/2017 du 2 février 2018 consid. 4.1 et les références, notamment à des arrêts antérieurs du Tribunal fédéral 2E_2/2013 du 30 octobre 2014 consid. 5.4.1 et 2C_397/2012 du 19 novembre 2012 consid. 3.3). Le fait qu'une décision se révèle par la suite contraire au droit ne suffit pas pour engager la responsabilité de son auteur. On peut rappeler à cet égard, même si le contexte n'est pas identique, que le refus de prestations de l'assurance sociale fondé sur une application erronée du droit ne relève en principe pas d'une illicéité au sens de l'article 78 alinéa 1 LPGA (arrêt 9C_214/2017 précité consid. 4.3.3, qui cite les arrêts du Tribunal fédéral 8C_283/2016 du 24 janvier 2017 consid. 4 et 9C_143/2014 du 22 juillet 2014 consid. 3 ; Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, § 22 et 25 *ad art.* 78, p. 964 et § 123 *ad art.* 78, p. 986).

Conformément à l'article 6 alinéa 1 LRCE, applicable en vertu du renvoi de l'article 78 alinéa 4 LPGA, la faute constitue cependant une condition de la responsabilité dans l'hypothèse où le lésé fait valoir une indemnité pour tort moral (Commentaire romand, *op. cit.*, § 21 *ad art.* 78, p. 964 et § 34 *ad art.* 78, p. 966 ; Kieser Ueli, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, § 68 *ad art.* 78, p. 1041).

1.2 Compte tenu des dispositions légales et de la jurisprudence exposées ci-dessus, le fait que la décision du 3 janvier 2018 soit contraire aux articles 42 alinéa 3 LAI, 37 alinéa 3 lettre e RAI et 38 alinéas 1 et 2 RAI voire arbitraire ne suffit pas à établir un acte illicite

de l'Office AI, au sens des articles 78 alinéa 1 LPGA et 3 alinéa 1 LRFC, applicable par renvoi de l'article 78 alinéa 4 LPGA.

A fortiori, le fait d'avoir prononcé cette décision ne relève pas d'une faute des collaborateurs dudit office qui l'ont signée, de sorte que l'indemnité pour tort moral de 5000 fr. réclamée par X _____ se révèle d'autant moins justifiée. Il en va de même des prestations médicales supplémentaires qui n'auraient pas été prises en charge par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et dont la recourante n'a jamais apporté la preuve.

Dans ces circonstances, la présente procédure est reprise et jugée ce jour, sans qu'il ne soit nécessaire de donner à la recourante la possibilité de compléter son mémoire du 26 avril 2018 et ses moyens de preuve.

Le recours formé contre la décision du 14 mars 2018, par laquelle l'intimé a écarté la demande en réparation au sens de l'article 78 LPGA déposée le 6 février précédent, est ainsi rejeté et cette décision confirmée.

2.1 Sous réserve de l'article 1 alinéa 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes : elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties ; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

En dérogation à l'article 61 lettre 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1bis LAI).

2.2 Le présent litige ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité, des frais de justice ne seront pas prélevés.

Le recours du 26 avril 2018 frise la témérité. La Cour renoncera toutefois à réclamer des émoluments de justice à la recourante, comme la dernière phrase de l'article 61 lettre a LPGA l'y autoriserait.

3. Etant donné l'issue de la cause, des dépens ne seront pas alloués à la recourante (art. 61 let. g *a contrario* LPGA), pas plus d'ailleurs qu'à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. La procédure est reprise.
2. Le recours est rejeté.
3. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Sion, le 5 décembre 2019