

200.2014.382.AI

BEP/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 22 décembre 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
Ph. Berberat, greffier



A. _____

recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 9 avril 2014

En fait:

A.

A. _____, né en 1981, en Suisse depuis 1991, bénéficie d'une rente entière de l'assurance-invalidité (AI), allouée par décision du 4 février 2004 de l'Office AI Berne rétroactivement depuis le 1^{er} avril 2001. Le 23 décembre 2011, agissant par son tuteur (dès le 1^{er} janvier 2013: curateur), il a adressé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'Office AI Berne, indiquant qu'en raison de ses problèmes de santé, il avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, consistant dans une surveillance régulière d'au moins une heure par semaine pour la tenue du ménage et les achats alimentaires.

Saisi de la demande, l'Office AI Berne a requis un rapport de la part du médecin traitant de l'assuré, produit le 6 mars 2012, et réalisé une enquête à domicile le 3 avril 2012. Sur la base des conclusions de l'enquêtrice, l'Office AI Berne, moyennant une préorientation du 4 juin 2012, a rejeté la demande par décision du 17 juillet 2012 (en constatant qu'un accord était intervenu lors d'un entretien du 4 juillet 2012 en présence de l'assuré et de son tuteur). Cette décision n'a pas été contestée.

B.

Le 11 février 2013, le curateur de l'assuré a adressé à l'Office AI Berne une nouvelle demande d'allocation pour impotent en invoquant une durée de la surveillance régulière d'au moins trois heures par semaine. Suite à une préorientation du 21 février 2014 de l'Office AI Berne l'avisant d'un refus d'entrée en matière sur sa nouvelle demande faute d'avoir rendu plausible une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision, le curateur, confirmant un courrier électronique du 25 février 2014, a adressé le 11 mars 2014 à l'Office AI Berne ses objections, accompagnées d'un rapport du service d'accompagnement socio-éducatif à domicile, prise de position qu'il a encore complétée par l'envoi d'une

attestation médicale du 20 mars 2014. Par décision du 9 avril 2014, l'Office AI Berne a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, considérant que l'attestation médicale du 20 mars 2014 n'apportait aucun fait nouveau.

C.

Par acte du 24 avril, complété le 7 mai 2014, l'assuré, agissant par son curateur, a recouru auprès du Tribunal administratif (TA) contre la décision précitée en concluant à son annulation et à ce que l'Office AI Berne lui octroie une allocation pour impotent.

Dans son mémoire de réponse du 2 septembre 2014, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours, se référant aux prises de position respectives du 15 août 2014 de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et du 19 août 2014 de son Service des enquêtes, produites en annexe au mémoire de réponse.

Par réplique du 26 septembre 2014, le recourant a maintenu sa position. Dans un courrier du 7 octobre 2014, l'intimé a renoncé à dupliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 9 avril 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et n'entre pas en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent de l'assuré. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le renvoi du dossier à l'intimé en vue de statuer matériellement sur la demande. La conclusion du recourant visant à l'octroi des prestations demandées va au-delà de l'objet de la contestation dans la présente procédure de recours de droit administratif; dans cette mesure, cette conclusion doit être déclarée irrecevable. Est plus particulièrement critiquée l'appréciation faite par

l'intimé de l'absence de plausibilité d'une modification susceptible de justifier une augmentation de l'ampleur du besoin d'accompagnement.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et agissant par un curateur dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 S'agissant d'un recours contre une décision d'irrecevabilité, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 57 al. 2 let. c de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (art. 42 al. 1 LAI). 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). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a

durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art. 42 al. 3 LAI).

2.2

2.2.1 Selon l'art. 38 al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé, vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Le but d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est, dans la mesure du possible, d'éviter ou de retarder l'entrée de l'assuré dans une institution. Notamment, le fait que l'assuré vive chez ses parents n'exclut pas le droit à un tel accompagnement. L'élément déterminant est que l'assuré ne séjourne pas dans une institution (ATF 133 V 450 c. 5; SVR 2008 IV n° 17 c. 4.2.1). Que cet accompagnement ait un caractère onéreux ou non est sans importance pour la détermination du droit à une allocation pour impotent (ATF 133 V 472 c. 5.3.2). Le droit à un accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie ne se limite pas aux personnes souffrant d'une atteinte à la santé psychique ou mentale; les personnes qui sont handicapées pour d'autres motifs peuvent également prétendre à un tel accompagnement (ATF 133 V 450 c. 2.2.3; SVR 2008 n° 17 c. 2.2.2 et références et n° 26 c. 4.3). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ne comprend ni l'aide (directe ou indirecte) de tiers pour les six actes élémentaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome (SVR 2009 IV n° 23 c. 2.3).

2.2.2 D'après l'art. 38 al. 3 phr. 1 RAI, n'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1 (voir ci-dessus c. 2.2.1). Aux termes du ch. 8053 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence (CIIAI) de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), l'accompagnement est régulier lorsqu'il est

nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Cette directive administrative a été reconnue conforme aux dispositions légales et réglementaires par le Tribunal fédéral (TF; ATF 133 V 450 c. 6.2).

2.3 Contrairement au renvoi de l'art. 42 al. 4 LAI, le début du droit à l'allocation pour impotent ne se détermine pas en fonction de l'art. 29 al. 1 LAI (délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations). Il convient, au contraire, d'appliquer par analogie la disposition concernant les conditions du droit à la rente. Par conséquent, de façon analogue à ce qui est prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance au moment où l'impotence a duré une année sans interruption notable et va vraisemblablement perdurer (ATF 137 V 351 c. 5.1). Selon l'art. 48 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation de l'art. 24 al. 1 LPG, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

2.4 Lorsque l'allocation pour impotent a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'impotence s'est modifiée de façon à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). On applique dans ce cas la même règle que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPG (ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de prestations identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1). L'exigence de plausibilité d'une modification des circonstances ne doit pas nécessairement toucher chaque élément à la base de la décision de rejet entrée en force. Il suffit au contraire de fournir certains indices concrets de l'existence de l'état de fait que l'on allègue. L'administration est alors obligée d'entrer en matière sur la nouvelle demande et de l'examiner de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b).

Lors d'une nouvelle demande (ou requête de révision), l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations (ou une procédure de révision) sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective, et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5).

3.

3.1 L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si le recourant a établi de façon plausible (jusqu'à la décision contestée) une modification des circonstances susceptible d'influencer son droit à une allocation pour impotent (au sens de l'art. 42 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 38 al. 1 RAI) entre la décision du 17 juillet 2012, date du dernier examen matériel du droit à l'allocation, et le 9 avril 2014, jour où la décision contestée dans la présente procédure a été rendue.

3.2 Dans la première décision de rejet (matériel) du 17 juillet 2012 de la demande de décembre 2011 d'allocation pour impotent, l'intimé s'était essentiellement fondé sur le rapport établi le 29 mai 2012 suite à une enquête du 3 avril 2012 réalisée en présence du recourant et de l'employée du service d'accompagnement à domicile. Il résultait de ce rapport que le recourant n'avait pas besoin ni de soins permanents, ni d'une surveillance personnelle, ni d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes élémentaires de la vie. L'assistance apportée se limitait à un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et ce, plus particulièrement, dans le contexte de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, c'est-à-dire des prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante à la maison. L'enquêtrice relatait que de novembre 2010 à septembre 2011, le service d'accompagnement à domicile mandaté à cet effet avait prodigué à l'assuré un soutien de deux heures par semaine afin de lui permettre de vivre de façon autonome dans son appartement. Elle indiquait que depuis octobre 2011, l'aide consistait en un suivi des acquis, des conseils et un soutien lors de situations inhabituelles, limité à une heure par semaine. Elle arrivait par conséquent à la conclusion que ce soutien était inférieur aux deux heures par semaine requises pour donner droit à une allocation pour impotent (voir ci-dessus c. 2.2.3).

En réaction au préavis de refus du 4 juin 2012, l'assuré et son tuteur se sont déplacés, le 4 juillet 2012, dans les locaux de l'intimé en vue d'exposer leurs observations (art. 73^{ter} al. 2 RAI). Selon le procès-verbal dressé à cette occasion, après explications, l'assuré et son tuteur ont accepté le projet de décision. Le tuteur a cependant tenu à préciser qu'il estimait quant à lui que le besoin d'accompagnement représentait deux heures hebdomadaires mais que son pupille, en l'état, ne supportait pas la présence d'une personne étrangère à domicile plus d'une heure par semaine. L'assuré quant à lui a expliqué que sa situation s'était dégradée depuis qu'il ne travaillait plus (prise de poids considérable).

3.3

3.3.1 Dans la nouvelle demande déposée le 12 février 2013, le curateur de l'assuré a uniquement mentionné un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en indiquant la nécessité d'une

surveillance régulière d'au moins trois heures par semaine. En réaction au préavis du 21 février 2014, dans son courrier électronique du 25 février 2014 repris pour l'essentiel dans son écrit du 11 mars 2014, le curateur de l'assuré a affirmé que la situation avait changé en faisant valoir que son pupille n'était pas plus atteint qu'auparavant dans sa santé mentale, mais que des problèmes cardiaques, d'hypertension, d'excès pondéral et d'asthme s'étaient péjorés et que son besoin d'accompagnement avait dû être augmenté suite au manquement dans son organisation quotidienne pour un meilleur suivi.

3.3.2 A l'appui de ses observations (avec le courriel et l'écrit du 11 mars 2014), l'assuré, par son curateur, a produit une grille des besoins d'accompagnement du service d'accompagnement à domicile établie le 31 octobre 2013 et signée le 10 février 2014. Le 2 avril 2014, il a encore fourni une attestation du 20 mars 2014 de son médecin traitant. Par ailleurs, depuis la première décision de refus du 17 juillet 2012, le médecin traitant avait établi le 6 septembre 2012 un rapport médical à l'attention de l'intimé dans le cadre d'une procédure de révision de la rente du recourant.

La grille des besoins d'accompagnement (assortie d'une fiche de renseignements) fait état d'un accompagnement hebdomadaire de 2 h 45, réparties sur deux visites à domicile. La grille, très détaillée, a été établie le 31 octobre 2013 et est divisée en neuf rubriques, elles-mêmes subdivisées en diverses catégories. Les tâches du service d'accompagnement sont distinguées de celles du représentant légal (art. 38 al. 3 RAI). Des rubriques pertinentes dans le cas du recourant (pas celle relative à un emploi par ex.), seule celle consacrée aux loisirs dénote une autonomie totale du recourant (un soutien étant quand même mentionné dans le but de maintenir la situation). En résumé, selon la grille, le service agit en remplacement du recourant pour les tâches administratives (paiements, administration publique, assurances, bail); il vise à rendre le recourant capable d'assumer les tâches ménagères (nourriture et alimentation, nettoyages et rangements) ainsi qu'à garder un équilibre dans ses sentiments et assure le maintien des acquis pour le surplus. Le bilan annuel à la fin du rapport indique une amélioration au niveau de l'acceptation du soutien, des remarques, de l'existence d'autres réalités et

points de vue. Il est précisé que le recourant ne "part plus au quart de tour" et peut mettre plus facilement des mots sur les sentiments qui l'habitent, que son humeur permet des débuts de visite moins en force et de faire des projets d'une visite à l'autre, mais qu'un grand soutien à la motivation reste nécessaire pour assurer la continuité dans les résultats de ses efforts et que la confiance pour la gestion du courrier reste à travailler.

Dans le rapport du 6 septembre 2012, le médecin traitant atteste un état de santé aggravé et se demande pourquoi son patient est à l'AI en supposant que cela résulte de causes psychiques. Hormis ces causes sur lesquelles le médecin traitant ne peut se prononcer, il relate que le recourant a connu une augmentation pondérale massive, pesant plus de 150 kg pour 171 cm depuis quelques années (cette valeur étant le maximum possible sur la balance). Il recommande une opération bariatrique sous réserve des diagnostics psychiques. Il renonce à se prononcer sur la capacité de travail, son patient ayant pratiquement toujours travaillé dans des ateliers protégés. Il relève cependant que les travaux physiques sont difficilement possibles en raison de l'obésité massive. Par son attestation médicale du 20 mars 2014, il certifie que son patient présente une obésité sévère, de l'hypertension artérielle ainsi que des extrasystoles auriculaires

3.4

3.4.1 Dans sa réponse au recours du 2 septembre 2014, l'intimé a renvoyé à une prise de position du 15 août 2014 d'une spécialiste en médecine générale de son SMR. Ce rapport détaillé, reprenant tout le dossier médical du recourant depuis sa première demande de rente en 1995, se concentre toutefois plus sur la problématique de la révision de la rente – prestation dont la généraliste du SMR semble remettre en doute le fondement – que sur la question précise de l'existence d'une modification dans la capacité du recourant de vivre seul. La généraliste indique toutefois dans ses considérations que l'hypertonie artérielle et aussi une extrasystolie ne touchent pas la capacité de travail.

La réponse se réfère aussi à une prise de position du 30 mai 2014 du Service des enquêtes. Ce dernier estime notamment que la fiche de renseignements du service d'accompagnement à domicile et la grille

d'accompagnement établie le 30 octobre 2013 ne révèlent pas de modification du type d'aide fournie, que les problèmes de santé du recourant étaient connus et que ces informations rejoignent les indications figurant au ch. 7 du rapport d'enquête du 29 mai 2012. Le Service des enquêtes constate que l'encadrement dans le ménage continue d'avoir pour but de maintenir les connaissances acquises par le recourant et à en apprendre d'autres. Toujours d'après le Service des enquêtes, il ne s'agirait donc pas de nouveaux éléments permettant d'admettre une augmentation de l'aide d'autrui pour faire face aux nécessités de la vie.

3.4.2 En réaction à la réponse au recours présentée par l'intimé, le recourant a encore produit avec sa réplique du 26 septembre 2014 un rapport du 2 septembre 2013 d'un spécialiste en cardiologie qui le suit depuis 2010. Ce dernier y relate une augmentation pondérale de son patient de plus de 40 kg depuis qu'il le traite en 2010, résultant d'une décompensation de la situation avec une activité physique toujours plus réduite. Le spécialiste ajoute que le suivi diététique ambulatoire est peu concluant et le profil de risque cardiovasculaire très prononcé. Il recommande des mesures de prévention cardiovasculaire structurées ambulatoires (durant toute la journée, dans une institution de réhabilitation cardiaque) et agressives, remarquant que le patient fait preuve d'une certaine motivation mais peine à mettre en place les mesures non médicamenteuses, et que la situation psychosociale n'est pas facile. Il découle des diagnostics que l'extrasystolie auriculaire avait motivé une hospitalisation le 28 novembre 2010 et qu'elle a à nouveau été détectée lors d'un test d'effort le 10 juin 2013.

4.

4.1 Il découle de ces constatations qu'à la date de la décision contestée, l'intimé pouvait déduire des documents à sa disposition que sur le plan physique, l'assuré connaissait certes une lente dégradation de son état notamment cardiaque, en particulier en raison de son obésité, mais que cette évolution était déjà installée de façon déterminante lors du refus de l'allocation pour impotence du 17 juillet 2012. En effet, les diagnostics

n'avaient pratiquement pas évolué (étonnement du médecin traitant relatif aux motifs du questionnaire de l'AI; poids de plus 150 kg depuis plusieurs années sans précision sur la période de la dégradation aiguë – du dossier, il est seulement possible de déduire qu'en décembre 2005, selon un rapport hospitalier du 20 décembre 2005, le recourant pesait encore 108 kg; extrasystoles s'inscrivant dans les diagnostics déjà connus; voir aussi rapport du médecin traitant du 6 mars 2012 et ses annexes). Sur le plan psychique, le curateur du recourant lui-même dans ses objections niait toute détérioration. Cet avis était de plus confirmé par les observations consignées dans la grille des besoins d'accompagnement (meilleur contrôle des sentiments, meilleure acceptation du soutien).

4.2 La seule évolution rendue plausible par rapport à la situation ayant prévalu lors du refus du 17 juillet 2012 portait sur le nombre d'heures désormais décrites comme nécessaires pour satisfaire le besoin d'accompagnement. Le dossier ne permet pas de déterminer la mesure dans laquelle cette augmentation de la durée hebdomadaire du soutien est réellement justifiée par une évolution de l'état du recourant (singulièrement quant au suivi alimentaire visant à atténuer les dangers potentiels) ou par une attitude plus réceptive et des motifs de convenance. Il n'est toutefois pour le moins pas exclu que bien que les diagnostics soient restés les mêmes, l'ampleur de leur répercussion sur les capacités d'autonomie du recourant ait effectivement augmenté. Le rapport du cardiologue traitant produit avec la réplique du 26 septembre 2014 pourrait en tout cas aller dans ce sens.

Cette question peut toutefois rester ouverte quant au sort du présent recours. En effet, il apparaît que les pièces au dossier, à la date de la décision ici contestée, permettaient de situer la modification au plus tôt à la date de l'établissement de la nouvelle grille des besoins d'accompagnement, à savoir le 31 octobre 2013. Le rapport établi par le cardiologue le 2 septembre 2013 tend du reste également à confirmer qu'une détérioration des répercussions des problèmes de santé du recourant a pu se produire à cette époque. La grille définissant l'accompagnement n'a ensuite été acceptée que le 10 février 2014. On ignore à quelle période l'accompagnement qui y est décrit a été instauré.

En tout état de cause, à la date de la décision contestée (9 avril 2014), le besoin prétendument accru d'accompagnement régulier, d'en moyenne plus de 2 heures par semaine sur une période de trois mois, n'avait pas duré un an sans interruption notable (voir c. 2.3 ci-dessus). C'est donc à raison que la décision attaquée refuse d'entrer en matière, à défaut pour l'assuré d'avoir rendu plausible, jusqu'au 9 avril 2014, une modification déterminante des circonstances (à tout le moins d'une durée suffisante) susceptible d'influencer son droit à une allocation pour impotent.

4.3 Compte tenu de ce qui précède, plus spécifiquement au vu du rapport du cardiologue déposé avec la réplique, il existe toutefois des doutes quant à l'évolution des répercussions des atteintes dont souffre le recourant sur la capacité de ce dernier de vivre de façon autonome. Il y a dès lors lieu de considérer que la réplique du 26 septembre 2014 représente une nouvelle demande d'allocation pour impotent. Un exemplaire de cette réplique et de son annexe (le rapport du 2 septembre 2013 du cardiologue) a déjà été transmis à l'Office AI Berne avec l'ordonnance du 29 septembre 2014. Il convient d'enjoindre ce dernier d'examiner cette prise de position en tant que nouvelle demande au sens des considérants exposés ci-dessus. Il découle des doutes qui résultent de l'étude du dossier décrits ci-dessus qu'avec cette prise de position, la plausibilité d'une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant, susceptible de justifier une augmentation du besoin régulier d'accompagnement à domicile, doit être admise. Cette réplique, à qualifier de nouvelle demande, devra donc être examinée au fond, car au moment où elle pourra être tranchée, il ne sera plus exclu que le délai d'attente d'une année sans interruption notable soit échu.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours contre la décision du 9 avril 2014 de refus d'entrée en matière doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

5.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 500.-, doivent être mis à

sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

5.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni d'indemnité de partie, au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et 2 et 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. Lorsque le présent jugement sera entré en force, l'intimé examinera matériellement la réplique du 26 septembre 2014, accompagnée du rapport du cardiologue traitant du 2 septembre 2013, qui lui a été transmise par l'ordonnance du 29 septembre 2014, en tant que nouvelle demande d'allocation pour impotent.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
4. Il n'est pas alloué de dépens.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- au recourant, par son curateur,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).