

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A.K._____, par **B.K.**_____, à [...], et **C.K.**_____, à [...], recourante,

et

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Vevey,
intimée.

**Art. 59 et 82 LPA-VD ; 43bis LAVS ; 66bis al. 2 RAVS ; 87 al. 2 et 3
RAI**

E n f a i t :

A. **a)** A.K. _____ (ci-après, également : l'assuré), né en [...], était au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Il résidait à l'EMS « [...] », à [...], depuis le 22 mai 2012.

Le 10 février 2014, l'assuré, agissant par son épouse B.K. _____, a présenté une demande d'allocation pour impotent AVS auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux (rapport du 13 mars 2014 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant ; questionnaire complémentaire du 28 mars 2014 de l'infirmier-chef à l'EMS « [...] »), puis a fait réaliser une enquête en EMS (rapport du 15 janvier 2015 de l'enquêtrice [...]). La nécessité d'une aide régulière et importante d'un tiers depuis le mois de mars 2012 pour effectuer trois actes ordinaires de la vie (à savoir, « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ») a été constatée, ainsi qu'un besoin de soins permanents requis en raison de l'état de santé de l'assuré. A l'échéance du délai d'attente, le 1^{er} mars 2013, les conditions mises à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible étaient remplies. Toutefois le droit à l'allocation pour impotent de degré faible n'existant qu'à domicile, il n'était pas ouvert compte tenu du séjour en EMS (décision de refus d'allocation pour impotent du 5 février 2015 de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS [ci-après : la Caisse ou l'intimée]).

b) Le 15 avril 2020, A.K. _____, par son fils C.K. _____, a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent AVS en indiquant avoir besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/ se coucher », « manger », « faire sa toilette (soins du corps) » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ainsi que nécessiter un besoin

de soins permanents et une surveillance personnelle (de jour et de nuit), depuis le mois de mai 2012.

A réception de cette nouvelle demande de prestations, l'OAI a adressé à l'épouse de l'assuré une communication du 17 avril 2020 impartissant un délai de trente jours pour produire un rapport médical détaillé attestant de l'aggravation alléguée (précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à celui antérieur ainsi que la date de survenue, le pronostic et d'autres renseignements éventuels). Il était précisé que, passé ce délai et sans nouvelles (ou en l'absence d'éléments suffisants), une modification du degré d'impotence ne serait pas retenue et une décision de non-entrée en matière notifiée. Aucune suite utile n'a été donnée à ce courrier.

Par décision du 10 juillet 2020, la Caisse a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent AVS présentée en date du 15 avril 2020, retenant l'absence de modification essentielle des conditions de fait (modification du degré d'impotence) rendue vraisemblable depuis la précédente décision de refus.

Le 16 juillet 2020, l'assuré, par son épouse, s'est opposé à la décision précitée en demandant un réexamen de la nouvelle demande déposée à la mi-avril 2020. Cette contestation annonçait la production d'un rapport médical détaillé établi par le médecin traitant (Dr S. _____) attestant de l'aggravation de l'état de santé alléguée.

Par courrier du 22 juillet 2020, l'OAI s'est adressé en ces termes à l'épouse de A.K. _____ :

"Madame,

Nous accusons réception de l'opposition que vous avez formée contre notre décision du 20 [recte : 10] juillet 2020.

Un délai de 30 jours vous est imparti pour nous remettre un rapport médical attestant de l'aggravation de l'état de santé, en quoi elle consiste et à partir de quelle date.

A défaut, votre opposition ne sera pas examinée et sera déclarée irrecevable. [...]"

Aucune suite utile n'a été donnée à cette communication.

Le décès de A.K._____ est survenu le 19 août 2020.

Par décision sur opposition du 16 septembre 2020, la Caisse a rejeté l'opposition formée par A.K._____ et a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 15 avril 2020 en son nom, au motif qu'à défaut de production des renseignements médicaux demandés par courriers des 17 avril et 22 juillet 2020, un nouvel examen ne pouvait être envisagé en l'absence de modification rendue plausible de l'état de santé depuis la décision de refus du 5 février 2015.

B. Par acte du 14 octobre 2020 (timbre postal), B.K._____, en sa qualité de veuve de A.K._____, a interjeté recours contre la décision précitée en concluant implicitement à sa réforme, en ce sens qu'une allocation pour impotent AVS soit allouée à A.K._____. Invoquant un « concours de circonstances » pour justifier l'absence de remise du rapport médical demandé par l'administration, la veuve de A.K._____ a produit un rapport médical du 27 septembre 2020 du Dr S._____ attestant d'une péjoration progressive de l'état de santé de l'assuré depuis 2015.

Dans le cadre de l'examen de la recevabilité de ce recours, le dossier de A.K._____ auprès de la caisse intimée a été versé en la cause le 5 janvier 2021.

En réponse à une interpellation du 6 janvier 2021 de la juge en charge de l'instruction visant à connaître les noms et adresses des héritiers par suite du décès de A.K._____, afin de leur demander s'ils désiraient continuer ou non la procédure, la Justice de Paix du district d'[...] a, par courrier du 8 janvier 2021, transmis les coordonnées des héritiers de A.K._____, à savoir son épouse, B.K._____, et son fils,

C.K._____, avec la précision que la succession avait été acceptée et le certificat d'héritier délivré aux héritiers.

Le 18 janvier 2021, C.K._____ a informé la Cour de céans de sa décision, partagée par sa mère B.K._____, de poursuivre la procédure compte tenu des enjeux.

Par ordonnance du 18 janvier 2021, la juge instructrice a informé la veuve B.K._____, pour l'A.K._____, qu'après examen des pièces au dossier, une décision sommairement motivée, sans échange d'écritures, pourrait être rendue en application de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) et que, sans autres déterminations de sa part, un jugement pourrait être prochainement rendu. La Caisse intimée a reçu une copie de cet avis pour son information.

E n d r o i t :

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-vieillesse et survivants (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège (art. 56 al. 1 LPGA et 84 LAVS), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) S'agissant de la qualité pour recourir de B.K._____, l'art. 59 LPGA prescrit que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. A cet égard, la doctrine a précisé qu'un arriéré de prestations d'assurance, pour une période antérieure au décès de l'assuré, tombe dans la masse successorale, y compris une éventuelle rente complémentaire pour conjoint ou une rente pour enfant. Chaque héritier a de ce fait qualité pour recourir contre une décision relative à ces prestations (JEAN MÉTRAL, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 29 *ad* art. 59 LPGA). En l'occurrence, avec son fils C.K._____, B.K._____ est héritière légale de A.K._____, si bien qu'elle dispose de la qualité pour recourir au sens de l'art. 59 LPGA, étant relevé qu'elle sollicite l'octroi de prestations de l'assurance-vieillesse et survivants pour la période ayant précédé le décès de l'assuré, à la suite de la nouvelle demande du 15 avril 2020.

2. Le litige porte sur le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent de l'assurance-vieillesse et survivants de A.K._____, déposée le 15 avril 2020.

Il convient par conséquent d'examiner si, par sa décision sur opposition du 16 septembre 2020, l'intimée était en droit de confirmer son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande décidé le 10 juillet 2020.

3. a) Aux termes de 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 (al. 1). Le droit à une allocation pour une impotence faible est supprimé lors d'un séjour dans un home (al. 1^{bis}). La loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) 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 (al. 5). Les art. 87 à 88bis RAI sont applicables par analogie à la révision de l'allocation pour impotent (art. 66^{bis} al. 2 RAVS [Règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]).

b) Lorsqu'une allocation pour impotent ou une contribution d'assistance a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou que le besoin d'aide ou de soins était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible qu'il présente désormais une impotence ou que le besoin d'aide ou de soins s'est modifié de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa

décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

d) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. a) En l'espèce, constatant l'absence de remise de toute pièce médicale à l'appui de la nouvelle demande, l'administration a imparti un délai pour rendre plausible l'aggravation de l'état de santé ; elle a ainsi adressé, à l'épouse de l'assuré, une communication du 17 avril 2020 requérant production, dans un délai de trente jours, d'un rapport médical détaillé attestant de l'aggravation alléguée (précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à celui antérieur ainsi que la date de survenue, le pronostic et d'autres renseignements éventuels). Cette interpellation n'a suscité aucune réaction de la part de sa destinataire. Ensuite, dans le cadre de la procédure d'opposition, compte tenu de l'annonce de la remise d'un rapport du médecin traitant (Dr S. _____) attestant de l'état de santé de l'assuré qui nécessitait une « assistance de tous les instants dans le cadre de son séjour en institution », le 22 juillet 2020, l'administration a adressé une seconde communication à l'épouse. L'OAI lui a imparti un nouveau délai de trente jours pour produire un rapport médical attestant de la péjoration de l'état de santé, en quoi elle consistait, et à partir de quelle date. Ce courrier attirait expressément l'attention de sa destinataire sur les conséquences en cas de défaut du document requis, à savoir une irrecevabilité de l'opposition formée le 16 juillet 2020. Cette seconde communication n'a, malgré la mise en garde qu'elle comportait, pas été suivie d'effet. Ce n'est en définitive qu'avec son recours interjeté le 14

octobre 2020 devant la Cour de céans que la veuve de A.K. _____ a produit un rapport médical du 27 septembre 2020 du Dr S. _____ attestant d'une péjoration de l'état de santé depuis 2015.

b) Dans le cas présent, pour se conformer à l'obligation de rendre plausible l'allégation que le besoin d'aide ou de soins de l'assuré s'était modifié de manière à influencer ses droits depuis le précédent refus datant de février 2015, l'épouse aurait dû produire le rapport médical litigieux en temps utile à l'OAI, soit en réaction, notamment, aux deux communications de l'administration, dont la seconde attirait de surcroît l'attention de sa destinataire sur une irrecevabilité de l'opposition en cas de défaut du document requis. Or la veuve de l'assuré ne l'a pas fait, mais elle a réagi uniquement au stade de la présente procédure de recours contre la décision sur opposition du 16 septembre 2020 par laquelle l'intimée a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande à défaut de production des renseignements demandés par le biais de ses courriers. C'est le lieu de rappeler que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où elle a statué et il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (cf. consid. 3d supra). Le rapport médical du 27 septembre 2020 établi par le médecin traitant, produit le 14 octobre 2020 en procédure judiciaire, soit postérieurement à la décision sur opposition du 16 septembre 2020 querellée, ne peut donc pas être pris en considération.

c) Finalement, faute de production du moindre rapport médical dans les suites de ses communications des 17 avril et 22 juillet 2020, l'intimée était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande au motif qu'un nouvel examen du droit à la prestation ne pouvait être envisagé en l'absence de modification rendue plausible de l'état de santé depuis la décision de refus du 5 février 2015.

5. a) Il découle de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 16 septembre 2020 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- A.K. _____, par B.K. _____ et C.K. _____,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :