

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

T. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate pour Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 42 al. 1, 42^{ter} LAI ; art. 35^{ter} et 37 RAI

E n f a i t :

A. a) T. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 26 août 1975, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 15 mars 2006. L'assurée présentait depuis 1988 un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), un trouble obsessionnel-compulsif avec rituels fréquents, des troubles graves du comportement alimentaire, une personnalité impulsive de type borderline et des problèmes d'allergies multiples avec crise d'asthme (cf. rapport médical du 24 avril 2006 du Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Sur la base d'un statut mixte (active à 50 % et ménagère à 50 %) et compte tenu d'une incapacité entière de travail dans toute activité ainsi que d'une incapacité de s'occuper des tâches ménagères de 16 %, l'OAI a conclu à une invalidité de 66 % et octroyé, par décisions des 15 janvier et 6 février 2007, un trois-quarts de rente à l'assurée dès le 1^{er} mars 2005.

A la suite d'une procédure de révision de la rente et compte tenu d'une modification du statut de l'assurée (active à 100 %), l'OAI a octroyé à cette dernière une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010 (cf. décisions des 5 décembre 2011 et 9 janvier 2012). L'assurée présentait alors, outre les diagnostics déjà retenus, ceux de dépendance à l'héroïne, à la cocaïne, aux benzodiazépines et au cannabis, d'obésité de classe II et de status post-amputation de la première phalange du 3^e doigt de la main droite (cf. rapport médical du 24 août 2011 de la Dresse C. _____, spécialiste en médecine interne générale).

b) L'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent le 8 juin 2016, mentionnant une broncho-pneumopathie chronique obstructive, un asthme chronique, une arthrose du genou et une obésité morbide. Elle indiquait que l'assurée avait besoin d'aide pour se déplacer (accompagnement en véhicule pour les rendez-vous médicaux

et les courses) ainsi que pour entretenir des contacts sociaux (une visite hebdomadaire de la part de l'Unité de prise en charge Q._____ de la Fondation V._____, [ci-après : Q._____]). Concernant les prestations d'aide médicale, l'assurée nécessitait la visite quotidienne du Centre W._____ pour la distribution de la médication et un contrôle de l'état pulmonaire.

Sur demande de l'OAI, Q._____ a transmis le bail à loyer de l'assurée, sur lequel la Fondation V._____ figurait comme locataire, ainsi qu'une convention de « mise à disposition d'un logement avec bail-relais » conclue avec l'assurée le 25 mars 2012.

L'OAI a consulté son service juridique sur la question de savoir si l'appartement de l'assurée devait être considéré comme un appartement protégé assimilé à un home. Par avis du 26 septembre 2016, le service en question a répondu positivement, relevant que selon la convention précitée, l'usage de l'appartement était directement lié à la prise en charge socio-éducative de l'assurée. De plus, la Fondation était en droit de résilier la convention en cas de non-respect du suivi socio-éducatif.

Selon le rapport d'enquête à domicile du 16 janvier 2017, l'assurée avait, depuis mars 2012, besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie « se vêtir/dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « faire sa toilette », « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » et qu'elle avait besoin de soins permanents.

Par décision du 17 mars 2017, faisant suite à un projet du 27 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée dès le 1^{er} juin 2015 une allocation pour impotence moyenne d'un montant de 294 fr. par mois, montant correspondant à celui octroyé aux personnes séjournant dans un home.

Par courriel à l'OAI du 28 mars 2017, Q._____ a observé que l'assurée ne séjournait pas dans un home. Son appartement, bien qu'au

nom de la Fondation V._____, n'était pas un appartement protégé ; aucune prestation socio-éducative n'était en effet facturée à l'assurée.

Par entretien téléphonique du 6 avril 2017, l'OAI a confirmé sa position à la Fondation V._____.

B. T._____ a recouru contre la décision précitée le 2 mai 2017, concluant à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent de 1'175 fr. au motif qu'elle ne vivait pas dans un home.

Par réponse du 10 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours.

L'assurée a maintenu ses conclusions par réplique du 22 août 2017. Elle a produit notamment un fascicule descriptif des activités de Q._____.

L'OAI a fait de même par duplique du 8 septembre 2017.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Est seule litigieuse la question de savoir si la recourante vit dans un home au sens de l'art. 35^{ter} RAI. Le droit de la recourante à une allocation pour impotent de degré moyen, de même que la date à partir de laquelle ce droit a été alloué, ne sont en revanche pas contestés. Partant, conformément à la jurisprudence précitée, le bien-fondé de cette prémisse ne sera pas examiné dans le cadre de la présente procédure.

3. **a)** Aux termes de l'art. 42^{ter} LAI, le degré d'impotence est déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent. Celle-ci est versée individuellement et doit faciliter les choix dans les domaines centraux de la vie. L'allocation mensuelle se monte, lorsque l'impotence est grave, à 80 % du montant maximum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 3 et 5, LAVS ; elle se monte, lorsque l'impotence est moyenne, à 50 % de ce montant et, lorsqu'elle est faible, à 20 % du même montant.

L'allocation est calculée par jour pour les mineurs (al. 1). Le montant de l'allocation pour impotent versée aux assurés qui séjournent dans un home correspond au quart des montants prévus à l'al. 1 (al. 2 première phrase).

b) L'art. 35^{ter} al. 1 RAI précise la notion de home. Selon l'al. 1, est réputée home au sens de la loi toute forme de logement collectif qui sert à l'assistance ou aux soins prodigués à l'assuré :

- a. lorsque l'assuré n'assume pas de responsabilité dans sa gestion ;
- b. lorsque l'assuré ne peut pas décider librement de quelle prestation d'aide il a besoin ou sous quelle forme, ou encore qui la lui fournit ou à quel moment ; ou
- c. lorsqu'un forfait pour les prestations de soins ou d'assistance doit être versé.

Les communautés d'habitation qui sont exploitées par un home au sens de l'al. 1 et qui bénéficient de prestations d'aide de la part de celui-ci sont assimilées à des homes (al. 3).

En vertu de l'al. 4, un logement collectif n'est pas assimilé à un home :

- a. lorsque l'assuré peut déterminer et acquérir lui-même les prestations de soins et d'assistance dont il a besoin ;
- b. lorsqu'il peut vivre de manière responsable et autonome ; et
- c. lorsqu'il peut choisir et organiser lui-même ses conditions de logement.

L'al. 5 précise encore que les institutions qui servent au traitement curatif ne sont pas assimilés à des homes.

4. En l'absence de jurisprudence s'agissant de la notion de home au sens de l'art. 35^{ter} RAI, il convient de se référer au commentaire de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) de la modification du RAI du 19 septembre 2014, ainsi qu'au directives établies par l'administration.

a) Il est toutefois souligné à ce stade que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales ; elles visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Les directives administratives ne lient ainsi pas le juge des assurances sociales : il ne doit en tenir compte que si une interprétation correcte et adaptée au cas particulier des dispositions légales applicables le permet et s'en écarter si elles sont incompatibles avec les dispositions légales (ATF 132 V 321 ; 131 V 45 consid. 2.3 ; 130 V 172 consid. 4.3.1 ; 126 V 232 consid. 2.1 ; 129 V 204 consid. 3.2 ; 127 V 61 consid. 3a ; 126 V 68 consid. 4b ; 126 V 427 consid. 5a).

b) La CIIAI (Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015]), édictée par l'OFAS, indique à son chiffre 8005 qu'est réputée « home » toute forme de logement collectif qui sert à l'encadrement et/ou aux soins, mais non au traitement curatif. Est donc réputé « séjour dans un home » tout séjour de personnes handicapées dans une division pour séjours de longue durée de cliniques ou d'établissements médico-sociaux.

Le ch. 8005.2 CIIAI précise que pour avoir un statut de home, il faut donc que la communauté d'habitation soit sous la responsabilité d'un support juridique ayant une direction et des employés et que les résidents ne disposent pas seulement d'un espace qui leur est loué, mais qu'ils bénéficient aussi, contre paiement, d'autres offres telles que nourriture, conseil, encadrement, soins, occupation ou réinsertion ; autrement dit, de services dont ils ne disposeraient pas – ou pas de cette nature ou dans cette mesure – s'ils vivaient dans leur propre logement ou que, dans ce cas, ils devraient organiser eux-mêmes (cf. également Commentaire de l'OFAS de la modification du règlement sur l'assurance-invalidité du 19 septembre 2014 ad art. 35^{ter} al. 1).

5. En l'espèce, il convient de constater que la recourante ne vit pas dans une structure collective de logements comme le requiert pourtant la teneur claire de l'art. 35^{ter} RAI. L'intimé n'a d'ailleurs jamais prétendu que tel était le cas. Selon le contrat de bail versé à la procédure, l'appartement dans lequel vit la recourante appartient à la Caisse intercommunale de pensions. Il s'agit donc d'un placement de fortune de cette institution de prévoyance, placement qui est censé lui procurer un rendement correspondant aux revenus réalisables sur le marché de l'argent, des capitaux et des immeubles (cf. art. 51 OPP 2 [ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1]). Dans la mesure où une institution de prévoyance n'a pas vocation à gérer des homes – les règles en matières de placements autorisés ne le lui permettant d'ailleurs pas (art. 53 OPP 2) –, on peut affirmer sans l'ombre d'un doute que la recourante vit dans un logement individuel. Pour ce motif déjà, la position défendue par l'intimé est insoutenable.

Le fait que le bail a été conclu par la Fondation V._____ ne change rien à l'issue du litige. Ainsi que cela ressort du dossier, la recourante est suivie par l'unité de prise en charge Q._____, laquelle offre un accompagnement pour toutes les questions liées à la santé, à l'alimentation et à l'hygiène, ainsi qu'un soutien à la gestion des affaires

administratives et financières. Ainsi que cela ressort de la présentation de l'unité sur le site Internet de la Fondation ([...], état au 16 novembre 2017), dans la mesure où les personnes suivies par cette unité ont une situation financière particulièrement précaire et rencontrent des difficultés pour signer un bail personnel pour un appartement, elles peuvent également bénéficier d'un soutien pour la recherche d'un logement. Dans ce contexte, la Fondation passe le contrat avec le bailleur et assume le paiement du loyer, puis passe ensuite un contrat de sous-location avec la personne qu'elle prend en charge dont les conditions principales sont fixées dans une convention de « mise à disposition d'un logement avec bail-relais ». Il convient de noter que la Fondation ne fait aucun bénéfice sur cette opération, puisque la recourante doit s'acquitter d'un loyer dont le montant est identique à celui du bail principal, ainsi que du rachat à raison de 100 fr. par mois de la garantie de loyer avancée par la Fondation (ch. 10 de la convention). Il est vrai que la convention fait mention de ce que l'usage de l'appartement est directement lié à la prise en charge socio-éducative (ch. 2 de la convention). Cette précision a pour objectif de souligner que l'aide fournie par la Fondation pour l'obtention d'un logement a lieu dans le cadre plus général du suivi alloué par cette même Fondation. Quant aux conditions restrictives d'usage mentionnées dans la convention (ch. 3 de la convention notamment), elles ont pour but de définir un cadre strict à l'égard du bénéficiaire, dès lors que la Fondation, en qualité de locataire principal, est responsable à l'égard du bailleur des agissements du sous-locataire (cf. art. 262 al. 3 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]).

Il convient pour finir de préciser que la recourante ne vit pas dans un environnement structuré, tel qu'on le rencontre dans une institution telle qu'un home. Sous réserve des rendez-vous qu'elle a avec les divers intervenants sociaux qui s'occupent de sa prise en charge médical et social (Centre médico-social, Unité Ambulatoire Spécialisée, Q.____), la recourante peut, dans les limites des possibilités offertes par sa santé psychique, organiser à sa guise sa journée et n'est pas tenue à des horaires qui seraient dictés par la structure qui lui met à disposition son logement (se lever, manger, faire sa toilette, se coucher).

Au vu de ces éléments, c'est à tort que l'intimé a considéré que la recourante vivait dans un home et réduit le montant de l'allocation pour impotent en conséquence. Cette dernière doit être pleine, soit d'un montant de 1'175 francs.

6. a) Il découle des considérants qui précèdent que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré moyen d'un montant mensuel de 1'175 fr. dès le 1^{er} juin 2015.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 1'500 fr., débours et TVA comprise, et couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de l'assuré au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 17 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est reformée en ce sens que T._____ a droit à une allocation mensuelle pour impotent de degré moyen de 1'175 fr. (mille cent septante-cinq francs).

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T._____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui, avocate (pour T._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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).

La greffière :