

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Piguet, juge, et Mme Feusi, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

A.M. _____, à [...], recourant, agissant par son père **B.M.** _____, audit lieu, lui-même représenté par Me Sarah El-Abshihy, avocate à Montreux,

et

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

Art. 48 al. 2 LAI.

E n f a i t :

A. A.M._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né prématurément le [...] 2009.

Le 17 juillet 2009, il a déposé, par sa mère, une demande de mesures médicales auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Celui a pris en charge le traitement de l'infirmité congénitale selon le chiffre 494 de l'annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21), concernant les nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2'000 g, jusqu'à la reprise d'un poids de 3'000 g (cf. communication du 5 janvier 2010).

A la suite d'une nouvelle demande de mesures médicales du 22 mai 2012, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale du chiffre 352 OIC, soit un hypospadias (cf. communication du 13 décembre 2012).

Le 12 décembre 2013, l'assuré a, par sa mère, déposé une troisième demande de mesures médicales.

Dans un rapport du 30 janvier 2014 à l'OAI, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au F._____, a posé le diagnostic de scoliose malformative pluri-étagée. Ceci constituait une infirmité congénitale selon le chiffre 152 OIC. Le spécialiste prévoyait de compléter les investigations sur les plans urologique et neurologique. L'assuré n'avait pas besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge en bonne santé.

Le 8 avril 2014, les Drs D._____ et S._____, pédiatres à l'Unité de neuropédiatrie et de neuroréhabilitation pédiatrique du F._____, ont fait état de ce qui suit :

« [L'assuré] est âgé de 5 ans et présente une scoliose malformative pluri-étagée, un dysraphisme dorsal avec corps vertébral L5 en papillon et spina bifida occulta L5-S1-S2, une énurésie et une encoprésie secondaires. [...]

Il est autonome pour l'habillage et le déshabillage et se débrouille correctement à table. [...]

Il présente une encoprésie avec accidents durant la journée. Concernant l'énurésie, A.M. _____ est propre depuis l'âge de 3 ans avec la réapparition de pertes urinaires depuis environ une année [...]. »

Par communications des 20 octobre 2014 et 15 juin 2015, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale du chiffre 152 OIC (malformations vertébrales congénitales), sous forme notamment de physiothérapie.

En raison de cette atteinte, l'assuré a subi deux opérations du dos, les 26 octobre et 9 novembre 2016. Il a été hospitalisé au F. _____, puis à l'H. _____, du 25 octobre au 24 novembre 2016, date de son retour à domicile. Les suites opératoires étaient marquées par une neuropathie du sciatique poplité et une contracture des ischiojambiers à la jambe gauche (cf. rapports des 6 et 13 décembre 2016 du Dr P. _____, médecin à l'H. _____).

Le 23 novembre 2016, la mère de l'assuré a informé l'OAI qu'un nerf avait été touché lors de l'opération et que son fils ne pouvait plus marcher pour le moment. L'OAI l'a renseignée sur les moyens auxiliaires et sur l'allocation pour impotent (cf. note d'entretien téléphonique du 23 novembre 2016).

Le 1^{er} décembre 2016, l'assuré a, par sa mère, déposé une demande d'allocation pour impotent, en faisant état d'une naissance prématurée, d'un spina bifida, d'une scoliose sur malformation vertébrale multi-étagée avec héli-vertèbre L5-S1, ainsi que d'une neuropathie du nerf sciatique. Elle a indiqué que son fils avait besoin d'aide pour se vêtir/dévoier, notamment pour remonter les pantalons, attacher les chaussures, fermer les boutons et la ceinture. Il avait également besoin d'aide pour s'asseoir, celui-ci glissant de sa chaise et devant être remis en

place. Une aide pour manger était aussi nécessaire, de même que pour les soins du corps, notamment pour la douche et pour aller aux toilettes. Enfin, elle a relevé un besoin d'aide pour les déplacements et la nécessité d'une surveillance personnelle au vu du risque permanent de chutes. Ces différents besoins remontaient tous à la naissance.

Dans un rapport à l'OAI du 12 janvier 2017, la Dresse I._____, pédiatre traitante, a posé les diagnostics de malformations vertébrales complexes et de disraphisme cervico-dorsal. L'assuré était partiellement dépendant dans ses déplacements depuis le 1^{er} décembre 2016 et avait besoin d'une chaise roulante et de béquilles. A la question de savoir s'il y avait un besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge en bonne santé, la pédiatre a répondu par l'affirmative. Elle a précisé que l'assuré était déjà partiellement dépendant avant l'opération réalisée à la fin novembre [recte : octobre] 2016, et que celle-ci avait péjoré la situation. Il y avait eu une complication post-opératoire et l'assuré ne pouvait marcher sans soutien.

Le 24 janvier 2017, la mère de l'assuré a informé l'OAI que son fils avait déjà besoin d'aide pour accomplir divers actes de la vie quotidienne avant l'opération. C'était cette dernière qui avait déclenché la demande d'allocation pour impotent (cf. note d'entretien téléphonique du 24 janvier 2017 de l'OAI).

Une enquête relative à une allocation pour impotent destinée aux mineurs a été réalisée au domicile de l'assuré le 20 juillet 2017. Dans son rapport du 28 juillet 2017, l'enquêtrice a constaté qu'il avait besoin d'aide supplémentaire pour s'habiller depuis avril 2011. Il n'avait pas toute la mobilité et la souplesse nécessaires requises pour enfiler les habits du bas du corps, et avait des problèmes de psychomotricité fine ne lui permettant pas de fermer des boutons ou nouer des lacets. Dès avril 2013, il avait également besoin d'aide pour se coucher, sa mère le positionnant dans le lit et lui installant plusieurs coussins pour prévenir les douleurs à la jambe. Depuis avril 2015, il nécessitait aussi de l'aide pour

se doucher en raison des limitations fonctionnelles du bas du corps et d'un manque d'équilibre, ainsi que pour aller aux toilettes. L'assuré avait en outre besoin d'une aide supplémentaire pour se déplacer à compter d'avril 2011, puisqu'il fallait le porter dans les escaliers de l'immeuble jusqu'au printemps 2017, et qu'à l'extérieur, le périmètre de marche était encore très limité. L'enquêtrice a également reconnu un supplément de temps nécessaire pour les visites médicales.

Par projet du 11 août 2017, l'OAI a informé l'assuré, par son père, qu'il envisageait de lui octroyer une allocation pour impotence moyenne dès le 1^{er} décembre 2015. Il a expliqué qu'il avait besoin d'un surcroît de soins pour accomplir quatre actes ordinaires de la vie, soit se vêtir/dévoiler, ceci depuis l'âge de 3 ans (avril 2012), se lever/s'asseoir/se coucher dès l'âge de 4 ans (avril 2013), faire sa toilette depuis l'âge de 6 ans (avril 2015) et se déplacer dès l'âge de 3 ans (avril 2011) (sic). L'OAI a exposé que l'ouverture du droit était fixée uniquement pour les douze mois précédant la date du dépôt de la demande.

Le 14 septembre 2017, l'assuré, par sa mère, a contesté ce projet, soutenant qu'il y avait lieu d'appliquer l'exception de l'art. 48 al. 2 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Dans la mesure où il était impossible de connaître les faits qui établissaient le droit aux prestations, les prestations arriérées devaient être versées sur une période plus longue. Il invitait l'OAI à contacter tous les médecins s'étant occupés de lui pour attester qu'il n'aurait pas été possible de connaître la situation avant le dépôt de la demande d'allocation pour impotent.

Par décision du 3 octobre 2017, l'OAI a confirmé le versement d'une allocation d'impotence moyenne depuis le 1^{er} décembre 2015. Il a expliqué que le rapport du 30 janvier 2014 du F. _____ répondait « non » à la question de savoir s'il y avait un besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge en bonne santé. Le rapport du 8 avril 2014 du F. _____ relevait une autonomie notamment pour l'habillement et les repas. L'application de l'art.

48 al. 2 LAI n'entraîne pas en considération, puisque les parents étaient en situation de constater le besoin d'aide de l'assuré.

B. Par acte du 9 novembre 2017, A.M._____, par son père, lui-même représenté par Me Sarah El-Abshihy, a recouru contre la décision précitée, concluant à son annulation et au versement de l'allocation d'impotence rétroactivement et au-delà du délai de douze mois précédant le dépôt de la demande. Il a fait valoir qu'aucun des médecins le suivant n'avait indiqué à ses parents qu'il aurait besoin de soins dépassant ce qui était nécessaire dans les cas usuels et qu'ils devaient déposer une demande d'allocation pour impotence. Les traitements effectués jusqu'au dépôt de la demande avaient toujours été fournis afin qu'il puisse vivre normalement et sans aide. Au regard de leurs connaissances et de l'âge de leur enfant au moment des premières constatations, il ne leur était pas possible de reconnaître par eux-mêmes que leur enfant avait un droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Dans sa réponse du 10 janvier 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il a expliqué que les faits ouvrant le droit aux prestations, soit l'atteinte à la santé du recourant et les limitations qu'elle entraînait, étaient connus de ses parents. Le fait pour ces derniers d'ignorer qu'ils pouvaient donner droit à une allocation pour impotence n'était pas déterminant.

E n d r o i t :

1. a) 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 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé

dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le présent litige porte uniquement sur la question du point de départ du versement de l'allocation d'impotence du recourant.

3. Aux termes de 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, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

L'art. 48 al. 2 LAI prévoit toutefois que les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues s'il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) et s'il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b).

Selon la jurisprudence, les faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré – ou son représentant légal – ne pouvait pas connaître sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables. Cette exception ne concerne pas les cas où l'assuré – ou son représentant légal – connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnaient droit à des prestations de

l'assurance-invalidité (ATF 139 V 289 consid. 4.2 et 6 et les références citées ; TF 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 5).

Une restitution de délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour cause de force majeure (par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement) et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Il faut encore qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 112 consid. 2a ; TF 9C_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1).

La jurisprudence relative à l'art. 48 al. 2 LAI n'admet que de manière très restrictive qu'un état de fait objectivement donné ouvrant droit à des prestations n'ait pas été reconnaissable ou que la personne assurée ait été empêchée pour cause de maladie, malgré une connaissance adéquate, de déposer une demande ou de charger quelqu'un de le faire (ATF 139 V 289 consid. 4.2, avec une casuistique comprenant notamment des cas de schizophrénie).

4. En l'occurrence, l'OAI a accordé à l'assuré une allocation pour impotent à partir du 1^{er} décembre 2015, soit douze mois avant le dépôt de la demande. L'intéressé soutient que cette prestation doit lui être versée également pour une période antérieure à cette date, se prévalant à cet égard de l'art. 48 al. 2 LAI.

Cette disposition n'est toutefois pas applicable en l'espèce. En effet, les parents du recourant avaient constaté son besoin d'aide accru bien avant le dépôt de la demande d'allocation pour impotent. Sur le formulaire topique, la mère a précisé que les besoins d'aide décrits remontaient tous à la naissance (cf. demande du 1^{er} décembre 2016). Par la suite, elle a informé l'OAI que son fils nécessitait déjà une aide pour accomplir divers actes de la vie quotidienne avant l'opération du dos

réalisée en octobre 2016 (cf. note d'entretien téléphonique du 24 janvier 2017). En outre, au cours de l'enquête relative à l'allocation pour impotent réalisée au domicile de la famille, la mère a détaillé les différents besoins d'aide nécessaires depuis la petite enfance de l'assuré (cf. rapport d'enquête du 28 juillet 2017). Ainsi, les parents connaissaient la situation de leur enfant, et étaient au demeurant les mieux à même de constater ce besoin d'aide accru. Le fait qu'aucun médecin ne les a informé qu'ils devaient déposer une demande d'allocation pour impotent n'est pas déterminant. Tel que susmentionné (cf. consid. 3 supra), le fait d'ignorer que ce besoin d'aide donnait droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne permet pas l'application de l'exception prévue à l'art. 48 al. 2 LAI. Par ailleurs, il n'existe aucun indice donnant à penser que les parents auraient été empêchés, pour cause de force majeure, de déposer une telle demande avant le 1^{er} décembre 2016. Au demeurant, le recourant ne le fait pas valoir.

A titre superfétatoire, il sied de relever qu'au vu des éléments figurant au dossier, on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir informé avant le 23 novembre 2016 - date où la mère de l'assuré a indiqué que son fils ne pouvait plus marcher pour le moment - qu'il pouvait obtenir une allocation pour impotent. En effet, dans son rapport du 30 janvier 2014, le Dr V. _____ avait expliqué que l'intéressé n'avait pas besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge en bonne santé. Les Drs D. _____ et S. _____ avaient quant à eux notamment décrit qu'il était autonome pour l'habillage et le déshabillage et qu'il se « débrouillait » correctement à table.

C'est ainsi à juste titre que l'OAI a accordé au recourant une allocation pour impotence depuis le 1^{er} décembre 2015, soit douze mois avant le dépôt de la demande.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A.M._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Sarah El-Abshihy (pour A.M._____, agissant par son père B.M._____)
- 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 :