

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Feusi et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

W. _____, à Lausanne, recourant, représenté par le Service des curatelles
et tutelles professionnelles, à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; 42 LAI ; 37, 38 et 87 RAI

E n f a i t :

A. W._____, né en 1987 (ci-après : l'assuré ou le recourant), a bénéficié dès son jeune âge de prestations de l'assurance-invalidité. Présentant un trouble schizotypique, un syndrome de dépendance à l'alcool, une dipsomanie et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2005, soit dès le premier jour du mois suivant son 18^{ème} anniversaire.

Représenté par l'Office du tuteur général, l'assuré, placé en établissement médico-social à la suite d'un séjour à l'Hôpital de F._____, a déposé le 12 janvier 2007 une requête d'allocation pour impotent. Dans son avis du 11 juin 2008, le Service médical régional (ci-après : le SMR) de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a retenu que l'intéressé avait besoin de stimulation pour tout, que, sans injonction, il ne se lèverait pas, ne changerait pas ses vêtements et ne se laverait pas. Considérant que, sur le plan physique, l'assuré était capable d'exécuter tous les actes de la vie quotidienne sans aide, qu'il avait essentiellement besoin d'une aide indirecte pour les actes de se vêtir, se lever et faire sa toilette, mais d'aucune aide pour se déplacer, et que, par ailleurs, étant placé dans une institution et au bénéfice d'une tutelle, les critères de la surveillance permanente et celui de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'étaient pas applicables, le SMR a admis la nécessité d'une allocation pour impotence faible à compter du 1^{er} juin 2006.

Par courriers des 11 juillet et 2 septembre 2008, le tuteur de l'assuré a informé l'OAI que son pupille était désormais sans domicile fixe et que c'était sa mère qui lui apportait l'aide dont il avait besoin pour se laver et se vêtir.

Par décision du 3 septembre 2008, l'OAI a alloué à l'assuré une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} juin 2007, soit

après le délai d'attente d'une année, en considérant que l'intéressé avait besoin d'aide pour se vêtir, se lever et pour faire sa toilette depuis le mois de juin 2006.

L'assuré a de nouveau vécu dans un établissement de type médico-social à compter du 25 juillet 2011.

Par décision du 28 octobre 2014, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent de degré faible à compter du 1^{er} jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré qu'il ressortait de l'enquête effectuée que l'assuré était manifestement autonome dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et que, dès lors que son lieu de résidence était assimilé à un home, l'accompagnement dont il avait besoin pour faire face aux nécessités de la vie ne pouvait pas être pris en considération.

A la suite d'un tentamen en avril 2018, l'assuré a notamment présenté un polytraumatisme des membres supérieurs et inférieurs.

L'assuré a subi une amputation transtibiale droite selon Burgess le 27 février 2019. Il ressort du rapport médical de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 13 mars 2019 que l'assuré présente notamment une incontinence.

Par la suite, une prothèse tibiale droite a été mise en place.

Par demande du Service des curatelles et des tutelles professionnelles du 17 juin 2020, l'assuré a requis l'allocation d'une aide pour impotent en faisant valoir que, depuis le 20 avril 2018, il avait besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur et d'une aide médicale pour le changement de sa sonde urinaire (aide qui avait précédemment été fournie par l'Hôpital de F._____). La demande de prestations précisait que l'assuré disposait de moyens auxiliaires, à savoir une chaise roulante manuelle, une sonde urinaire, un tintébin et des chaussures orthopédiques et qu'il vivait désormais en établissement socio-éducatif, à savoir

C._____, à Lausanne. Enfin, l'assuré disait avoir besoin d'un accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie en raison de ses problèmes de santé.

Dans un courrier du 18 juin 2020, l'OAI a relevé que la requête du 17 juin 2020 devait être considérée comme une nouvelle demande et qu'il appartenait dès lors à l'assuré de rendre plausible une éventuelle modification du degré d'impotence. A cet effet, il a imparti au Service des curatelles et tutelles professionnelles un délai de trente jours pour fournir un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue ainsi que le pronostic et autres renseignements utiles. A défaut, une décision de non-entrée en matière serait rendue.

Par projet de décision du 19 août 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande d'allocation pour impotent du 17 juin 2020 au motif que l'assuré n'avait pas fourni les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'impotence comme cela lui avait été demandé par courrier du 18 juin 2020.

Par décision du 28 septembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision de refus d'entrer en matière.

Par courrier du 13 octobre 2020, le curateur de l'assuré a contesté la décision de refus d'entrer en matière du 28 septembre 2020 qui ne tenait pas compte, selon lui, de l'évolution de la situation médicale de son pupille. Il a produit le certificat médical établi le 12 octobre précédent par le Dr J._____, médecin assistant auprès du Département de psychiatrie du T._____, qui atteste que l'assuré remplit les critères pour une impotence car il a régulièrement besoin et d'une façon importante de l'aide directe ou indirecte d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou de soins permanents. Était joint à ce certificat le rapport médical établi le 17 août précédent par la consultation pluridisciplinaire des personnes amputées du T._____ dont il ressort que

l'assuré rencontre des difficultés dans la gestion de sa prothèse, notamment du point de vue de l'hygiène.

Le 16 octobre 2020, l'OAI a invité le curateur de l'assuré à lui adresser une nouvelle demande formelle d'allocation pour impotent.

B. Par acte du 23 octobre 2020, W._____, représenté par son curateur, a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 28 septembre 2020 de l'OAI refusant d'entrer en matière sur la requête d'allocation pour impotent du 17 juin précédent. Il conclut implicitement à la réforme en faisant valoir que la décision entreprise ne tient pas compte de l'évolution de sa situation médicale, notamment du fait qu'il a été amputé de la moitié de sa jambe droite en février 2019 et qu'il a depuis lors régulièrement et d'une manière importante besoin de l'aide directe ou indirecte d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou de soins permanents. Le recourant a produit le certificat médical établi par le Dr J._____ le 12 octobre 2020 ainsi que le rapport médical établi le 17 août précédent par la consultation pluridisciplinaire des personnes amputées du T._____.

Par décision du 9 mars 2021, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire requise avec effet au 23 octobre 2020, laquelle comprend l'exonération d'avance et des frais de justice.

Par réponse du 1^{er} avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a considéré en substance que les pièces produites par le recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position, dès lors qu'elles avaient été produites après la notification de sa décision de refus d'entrer en matière. Pour le surplus, après avoir allégué que le recourant avait déposé une demande d'allocation pour impotent pour trouble à la santé psychique, l'intimé a indiqué qu'il ressortait de l'instruction ayant fait suite à la demande de moyens auxiliaires déposée le 8 mai 2019 que

l'assuré était autonome pour les actes de la vie quotidienne et que, malgré son amputation, il pouvait marcher grâce à la prothèse même si la marche était réduite. Cela étant, une allocation pour impotent ne pouvait être prise en compte. Au surplus, l'intimé a exposé que si, comme son curateur l'avait indiqué, le recourant avait déménagé depuis le 1^{er} novembre 2020 et que son lieu de vie ne pouvait plus être assimilé à un home, un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie pourrait alors être pris en considération.

Par courrier du 8 avril 2021, la Juge instructrice a invité le recourant à se déterminer sur la réponse de l'intimé dans un délai échéant le 6 mai 2021 et à produire ou à requérir la production de toutes pièces utiles.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus d'entrer en matière de l'intimé sur la demande du recourant du 17 juin 2020 tendant à une allocation pour impotence.

3. 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).

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).

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) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la 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.

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, 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. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). 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 ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3).

b) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible notamment si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). Tel est le cas 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 (art. 38 al. 1 let. a RAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées).

Dans l'éventualité prévue à l'art. 38 al. 1 let. a RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers). La nécessité de l'aide apportée par une tierce personne pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014, consid. 4.1 et références citées).

c) L'accompagnement doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 8040 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité éditée par l'Office fédéral des assurances sociales dans sa version valable depuis le 1^{er} janvier 2015]). Les prestations d'aide requises pour la tenue du ménage doivent toujours être évaluées sous l'angle du risque d'abandon : il faut

donc toujours examiner si, sans l'aide en question, l'assuré devrait être placé dans un home (ch. 8050 CIIAI).

d) Aux termes de l'art. 37 al. 3 let. c RAI, l'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon permanente de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré. Les soins ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 V 136). Le fait d'accompagner le patient lorsqu'il se rend chez le médecin ou se déplace pour une thérapie ne peut pas être pris en compte au titre des soins. Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par ex. en raison d'une maladie intercurrente (ch. 8032 et 8033 CIIAI). Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, ce qui signifie qu'ils nécessitent beaucoup de temps ou sont particulièrement coûteux. Il peut aussi être qualitatif, ce qui signifie que leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être donnés à des heures inhabituelles (ch. 8057 CIIAI). Il faut veiller à ce que l'intensité des prestations d'aide nécessaires dans les situations visées à l'art. 37 al.3 let. a à e RAI, reste relativement constante. Un besoin de soins de plus de deux heures par jour sera qualifié de particulièrement astreignant si des aspects qualitatifs aggravants doivent aussi être pris en compte (arrêts du TF I 314/92 et I 142/86). Si le besoin de soins est supérieur à trois heures par jour, l'aide peut être qualifiée d'astreignante si au moins un aspect qualitatif (par ex. soins infirmiers pendant la nuit) s'y ajoute (ch. 8058 CIIAI).

5. En l'espèce, il convient d'emblée de constater que le recourant, qui vivait dans un établissement socio-éducatif au moment où la demande d'allocation d'impotent a été déposée, n'a pas besoin d'aide

pour les actes ordinaires de la vie, comme c'était déjà le cas lorsque la décision de suppression de l'allocation pour impotent a été prise le 28 octobre 2014. Certes, la demande de prestations du 17 juin 2020 mentionne une aide pour se déplacer à l'extérieur. Aucune pièce attestant le besoin d'une telle aide n'ayant été produite dans le délai imparti à cet effet par l'intimé, c'est à juste titre que ce dernier n'est pas entré en matière sur ce point.

La demande d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit être également d'emblée écartée, vu que le recourant vivait dans un home au moment du dépôt de la demande.

En revanche, l'intimé n'a pas mentionné dans sa décision, ni dans sa réponse, les prestations d'aide médicale mentionnées sous chiffre 4.2 de la demande de prestations, à savoir une aide pour le changement de la sonde urinaire du recourant. Il s'agit là d'un fait nouveau qui ne saurait être traité selon les règles de procédure propres à une nouvelle demande de prestations. D'ailleurs, le besoin d'aide pour le changement d'une sonde urinaire est plausible puisque le rapport de la CRR du 13 mars 2019 expose que l'assuré présente une incontinence à la suite du polytraumatisme subi en avril 2018. Cela étant, en application de l'art. 37 al. 3 let. c RAI, il appartenait à l'intimé d'investiguer ce fait nouveau. On ne sait en effet pas ce qu'implique le changement de sonde urinaire et on ne peut donc exclure qu'il entre dans le champ d'application de l'art. 37 al. 3 let. c RAI ou dans l'acte ordinaire d'aller aux toilettes. Il s'ensuit qu'il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient en premier lieu d'instruire (cf. art. 43 LPGA), pour qu'il complète l'instruction sur cette question et rende une nouvelle décision.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 28 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Service des curatelles et tutelles professionnelles (pour le recourant), à Lausanne
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :