

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2022

Composition : M. NEU, président
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], maçon depuis le 22 mai 2007 auprès d'U._____, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité, a été hospitalisé le 30 décembre 2013, alors qu'il se trouvait en vacances au [...], en raison de la rupture d'une malformation artérioveineuse.

L'assuré a présenté une incapacité totale de travail dès cet évènement.

Traité, dans un premier temps, conservativement à l'étranger, l'assuré a subi, dans un deuxième temps, une craniotomie bi-frontale postérieure et une exérèse de la malformation artérioveineuse le 21 mars 2014 au R._____, compte tenu du risque hémorragique et du nidus résiduel.

L'assuré a été transféré au service de neuropsychologie et neuro-réhabilitation de P._____ du 22 avril au 29 août 2014.

Le 16 juin 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Par rapport à l'attention de l'Office AI du 29 août 2014, les Drs T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Z._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, ont posé le diagnostic incapacitant d'exérèse de malformation artérioveineuse hémorragique précentrale gauche de grade II selon Spetzler Martin avec : ralentissement psychomoteur, hémiparésie droite, troubles attentionnels, troubles mnésiques épisodiques antérogrades verbaux et rétrogrades sévères, syndrome dysexécutif, troubles de la coordination bimanuelle, apraxies idéomotrices main droite, signe de la main étrangère, dyspraxie diagnostique et main capricieuse, agraphie périphérique, et trouble du transcodage des nombres pour la main gauche. L'assuré souffrait de

troubles mnésiques sévères, attentionnels et d'un ralentissement psychomoteur, qui l'empêchaient d'être indépendant au niveau des activités de la vie quotidienne et de travailler. Il présentait aussi un syndrome de la main étrangère, qui l'empêchait d'écrire.

Par projet du 15 janvier 2015, confirmé par décision du 18 mars 2015, l'Office AI a reconnu à l'assuré un droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2014.

B. Le 12 janvier 2016, l'assuré, représenté par Pro Infirmis, a adressé à l'Office AI une demande d'allocation pour impotent. Il invoquait avoir besoin d'aide pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Par ailleurs, depuis son atteinte, il avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie (structurer sa journée, prendre des rendez-vous et s'en rappeler, gérer le ménage, les démarches administratives et financières) ainsi que pour ses rendez-vous et contacts hors du domicile.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le Dr W._____, médecin traitant de l'assuré, a adressé un rapport le 8 février 2016 à l'Office AI, dans lequel il a posé les diagnostics suivants : épilepsie symptomatique d'une malformation artérioveineuse précentrale gauche traitée par Gamma-Knife le 14 juillet 2010, puis exérèse chirurgicale électorale le 21 mars 2014 ; hémisyndrome moteur droit sévère et troubles cognitifs séquellaires d'une hémorragie intra-parenchymateux avec inondation ventriculaire sur rupture du nidus résiduel ; et trouble anxiodépressif modéré (F33.1) depuis 2014. Selon ce praticien, l'assuré avait besoin d'aide régulière et importante pour se déplacer, entretenir des contacts sociaux et faire face aux nécessités de la vie, de plus de deux heures par semaine depuis janvier 2014.

Par rapport médical du 8 février 2016, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, médecine physique et réadaptation, a indiqué à l'Office AI que les limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en : une persistance d'un syndrome mnésique avec

des performances déficitaires aux épreuves épisodiques antérogrades verbales (stockage et récupération) et non verbales (évoation immédiate et différée) ; une persistance de difficultés exécutives sur le plan cognitif (flexibilité, programmation) et comportemental (apathie), avec cependant une nette amélioration sur le plan comportemental (absence complète de jurons) ; une persistance des signes de dysconnexion calleuse (malgré une légère amélioration au dichotique et la régression de l'agraphie périphérique touchant la main gauche ; un trouble de la coordination bimanuelle, anomie tactile gauche, alexie tactile gauche, hémialexie visuelle gauche), ainsi qu'une persistance d'un hémisyndrome moteur surtout crural à droite. Ce praticien a confirmé que l'assuré devait bénéficier d'une aide régulière et importante pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Il avait également besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine.

Sur mandat de l'Office AI, une enquête au domicile de l'assuré a eu lieu le 26 mai 2016. A l'issue de cette enquête, un rapport a été rendu le 31 mai 2016, lequel retient notamment que :

L'assuré va faire les courses avec une charrette à roulette, car il ne peut pas porter du lourd. Pour se rappeler ce qu'il doit acheter, il note tout sur son téléphone. La liste des achats est faite avec sa femme (10 min/semaine). Car l'assuré ne parvient plus à écrire en raison des troubles de la coordination. L'assuré n'est plus capable de préparer les paiements et l'administratif qui sont gérés par sa femme (15min/semaine). Toutefois, il est capable de se rendre à la Poste ou à la banque pour payer le tout. L'assuré ne peut plus conduire. Il doit être accompagné pour tout nouveau trajet ou pour des trajets plus compliqués. Par exemple, il est toujours accompagné quand il va au R._____, car il a peur d'oublier comment prendre le métro, à quel arrêt sortir, etc (1h/mois). Autour de chez lui, l'assuré sort seul, va faire des courses, va chez le physio, etc. L'assuré prend ses rendez-vous médicaux seul. Toutefois, il est obligé de les agender tout de suite sur son téléphone portable et se mettre une alarme, sinon il oublie. De même, il met des alarmes sur son téléphone pour ne pas oublier la prise de ses médicaments.

L'enquêtrice a ainsi estimé que l'assuré était autonome pour tous les actes de la vie quotidienne, malgré les limitations somatiques. Au niveau cognitif, l'assuré présentait des oublis et des petites pertes de mémoire. Afin d'être autonome dans son quotidien, il se mettait des alarmes sur son téléphone portable pour tout ce qu'il avait à faire dans la

journée. Il avait certes besoin d'un accompagnement pour l'aspect administratif et ses déplacements extérieurs compliqués ou inconnus, mais pour une durée inférieure à 2 heures par semaine.

Par décision du 5 septembre 2016, l'Office AI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent à l'assuré.

C. L'assuré a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent le 26 mars 2021. Il a alors expliqué être séparé de son épouse depuis novembre 2018. Il avait besoin d'aide pour le ménage, pour l'aspect administratif et sa gestion financière. Il précisait que cette aide était auparavant apportée par son épouse et qu'il avait, depuis, dû engager une employée de ménage et faire appel à une assistance sociale.

Par correspondance du 29 mars 2021, l'Office AI a attiré l'attention de l'assuré sur la nécessité qu'il produise un rapport médical détaillé précisant entre autres : le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue ainsi que le pronostic et d'autres renseignements utiles, à défaut de quoi, passé le délai imparti de 30 jours, il considérerait que l'assuré n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'impotence et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

L'assuré a produit un rapport médical du 1^{er} avril 2021 du Dr W._____, lequel attestait d'une dégradation de l'état de santé de l'assuré. Ce praticien expliquait que, depuis la séparation, l'assuré vivait seul dans son appartement, dans une forme d'isolement social avec des épisodes de dépression sévère. L'assuré souffrait d'un trouble anxiodépressif. Sur le plan somatique, il présentait des difficultés liées à la marche. Son rayon de marche s'était réduit à quelques minutes, l'obligeant à s'aider de béquilles par moment. Le Dr W._____ estimait nécessaire la continuité des suivis orthopédiques et psychiatriques, mais également l'instauration d'un accompagnement et d'une aide pour le ménage et la gestion financière.

Par projet du 16 avril 2021, l'Office AI a, sur avis du 15 avril 2021 du Dr B._____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré au motif que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Le 12 mai 2021, l'assuré a contesté ce projet et fourni un rapport du 10 mai 2021 du Dr F._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Selon ce praticien, dans les activités quotidiennes, l'assuré restait limité, surtout depuis qu'il avait divorcé et qu'il ne pouvait plus compter sur l'aide d'une conjointe pour l'aider dans les actes quotidiens comme le ménage (nettoyer la cuisine, la douche, d'autres lieux où il devait se baisser) ou pour le repassage. Pour y faire face, il avait dû engager une personne. Par ailleurs, l'assuré présentait une perte d'estime de soi.

Par décision du 12 juillet 2021, se fondant sur l'avis médical du 8 juin 2021 du Dr B._____, l'Office AI a confirmé son refus d'entrer en matière.

D. Par acte du 13 septembre 2021, K._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'Office AI pour instruction et nouvelle décision. Il a requis en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, l'assuré a fait valoir que le rapport d'enquête n'avait aucune valeur probante puisqu'il ne reflétait pas la réalité vécue. Son divorce avait eu pour conséquence qu'il ne bénéficiait plus de l'aide importante et régulière apportée par son ex-épouse dans les actes de la vie quotidienne et qu'il présentait également des épisodes de dépression sévère en raison de son isolement social. A l'appui de son recours, l'assuré a requis la tenue de débats publics et son audition

personnelle afin qu'il puisse se déterminer sur son besoin d'aide au quotidien, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise ergothérapeutique.

Le 16 septembre 2021, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré avec effet au 13 septembre 2021, avec exonération de frais et désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Dans sa réponse du 20 octobre 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Il a constaté que le rapport d'enquête établi en 2016 avait servi de base à la décision du 5 septembre 2016, laquelle était entrée en force, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'y revenir. Il fallait préciser qu'avant le divorce de l'assuré, son épouse travaillait et il était en mesure de faire les tâches ménagères et s'occuper de son fils. Le fait qu'il ait engagé une femme de ménage ne signifiait pas que, sans cette aide, il devrait entrer dans un home. En outre, l'aide pour l'administration et la gestion financière pouvait être apportée par un curateur. Sur le plan médical, aucun élément nouveau ne justifiait d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Le changement survenu dans sa situation personnelle n'avait pas d'effet sur l'évaluation de son impotence.

Le 12 novembre 2021, l'assuré a répliqué, exposant qu'il n'avait jamais été fait mention d'une forme d'isolement social avec des épisodes de dépression sévère dans le cadre de la première demande d'allocation pour impotent. De même, son rayon de marche s'était réduit à quelques minutes.

Par duplique du 9 décembre 2021, l'Office AI a maintenu sa position.

L'assuré a produit le 20 décembre 2021 un rapport médical de la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue J._____.

Par correspondance du 10 janvier 2022, l'Office AI a maintenu ses conclusions.

Par acte de son conseil du 7 juillet 2022, l'assuré a renoncé au maintien de sa requête de débats publics.

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 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 12 juillet 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. L'objet de la contestation est circonscrit à la question du droit à une allocation pour impotent, aucune autre prestation n'étant visée par cette décision.

4. a) 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 la personne assurée rend plausible qu'elle 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 la personne assurée 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).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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).

c) 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).

5. En l'espèce, contrairement à ce qu'il soutient, le recourant ne rend pas plausible que son impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits depuis la dernière décision litigieuse (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

a) Sur le plan somatique, lors du dépôt de la première demande d'allocation pour impotent, le recourant a fait état de problème de coordination gauche-droite des membres en raison des lésions au cerveau, de l'impossibilité de s'accroupir ou de s'agenouiller, de marche limitée à 30 minutes en terrain plat, de montée/descente d'escalier uniquement avec l'appui sur la main courante et de rigidité de la jambe droite nécessitant le port d'une attelle. L'enquêtrice avait toutefois retenu que cela n'empêchait pas le recourant de faire les courses avec une charrette à roulettes. Autour de chez lui, il sortait seul, allait faire ses courses ou se rendait chez le physiothérapeute. Pour le reste, il était toujours accompagné.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande, le recourant a notamment produit un rapport médical du 1^{er} avril 2021 du Dr W._____, lequel se contente de mentionner des difficultés à la marche rencontrées par son patient, mais n'atteste pas que celles-ci l'empêcheraient d'accomplir les actes ordinaires de la vie, voire ne lui permettraient plus de faire ses courses ou d'honorer ses rendez-vous médicaux, même si l'intéressé doit porter des chaussures équipées d'une orthèse Pneumaflex, bénéficier de traitements par toxine botulique ou utiliser

occasionnellement des béquilles. L'appréciation du médecin traitant apparaît trop succincte.

Les éléments avancés par le médecin traitant ne sont d'ailleurs pas confirmés par le Dr F._____ dont l'unique péjoration médicalement constatée est d'ordre strictement psychique. Le Dr W._____ évoque, quant à lui, « une forme d'isolement social avec des épisodes de dépression sévère ». Or ces constatations, émanant au demeurant de médecins qui ne sont pas spécialistes en psychiatrie, doivent être fortement relativisées, dès lors que seules les considérations relatives à la perte d'autonomie (besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, besoin d'accompagnement durable, etc.) engendrée par l'atteinte à la santé sont déterminantes pour se prononcer sur l'impotence et qu'aucun document émanant du psychiatre traitant n'a été produit au stade de la procédure administrative attestant d'une réduction de l'autonomie.

Les médecins du recourant n'ont au demeurant pas attesté de la nécessité d'une surveillance permanente, ce qu'il eût été aisé de constater dès lors que le recourant est régulièrement suivi par l'ensemble des spécialistes, notamment le Dr F._____ qu'il voit une fois par semaine à [...] pour des traitements en piscine et deux fois par semaine à [...].

Enfin, à l'instar de l'intimé, il convient de relever que le divorce des époux intervenu en 2018 ne nécessite pas d'analyser si le recourant a besoin de l'aide d'un tiers pour tenir son ménage, dès lors que durant l'union, son épouse travaillait et que le recourant s'occupait de son fils né en 2010 et gérait le quotidien de manière adéquate, soit en faisant les tâches ménagères.

c) Le recourant a encore produit un rapport médical du 23 novembre 2021 de la Dre Q._____ et de la psychologue J._____. Toutefois, ce document ne peut être pris en considération dans la mesure où 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 (cf. consid. 4c supra).

d) En définitive, le recourant n'a pas réussi à établir de manière plausible une modification de son état de santé qui pourrait avoir une influence sur son impotence. C'est donc à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande du 26 mars 2021.

6. Le recourant, qui a expressément renoncé à la tenue d'une audience, a formulé une requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise ergothérapeutique.

Il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête, celle-ci sortant manifestement du cadre défini par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, restreint à l'examen du dossier constitué à la date de la décision attaquée (consid. 4c supra).

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations adressée le 28 janvier 2022, il convient d'arrêter l'indemnité à 965 fr. 25, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ

[règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 12 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 956 fr. 25 (neuf cent cinquante-six francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour K. _____),
- 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 :