

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 août 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Tedeschi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; 87 al. 2 RAI.**

**E n f a i t :**

**A. a)** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) a octroyé à T. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], le droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 1993 au 31 mai 1994, une rente entière du 1<sup>er</sup> avril 1994 au 31 mai 1994, une demi-rente du 1<sup>er</sup> juin 1994 au 31 décembre 1994 et enfin une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1995 (cf. décisions des 20 octobre 1993, 8 décembre 1994 et 11 avril 1995).

**b)** Le 20 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent auprès de l'Office AI.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI a notamment récolté un rapport du 8 décembre 2014 du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et un rapport du 12 décembre 2014 du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins faisaient état d'atteintes rhumatologiques (lombalgies et sciatalgies résiduelles depuis une discectomie L5 en 1990), d'une diminution progressive de l'acuité visuelle et de troubles psychiatriques (trouble de l'humeur persistant sévère, épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, et personnalité émotionnellement labile type borderline). L'Office AI a également mis en œuvre, en date du 28 juillet 2015, une enquête sur l'impotence, laquelle a fait l'objet d'un rapport établi le 29 juillet 2015.

Par décision du 2 novembre 2015, l'Office AI a octroyé une allocation pour impotent de degré faible à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013.

**c)** A l'occasion d'une procédure de révision de l'allocation pour impotent initiée en 2018, l'Office AI a recueilli un rapport du 25 septembre 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_ ainsi qu'ordonné une nouvelle enquête sur l'impotence, laquelle a été effectuée le 15 avril 2019 (cf. rapport d'enquête du 17 avril 2019).

Par décision du 25 avril 2019, l'Office AI a maintenu le droit de l'assuré à une allocation pour impotent de degré faible, sans modification.

**d)** Le 17 août 2021, l'assuré a déposé une demande de révision de son droit à l'allocation pour impotent et désormais requis le versement d'une allocation de degré moyen. Il a exposé connaître une péjoration significative de son état de santé depuis de nombreux mois, présentant de nouvelles atteintes à la santé (troubles circulatoires et lymphatiques ; troubles neurologiques des membres inférieurs ; hernie discale L4 à gauche et problèmes L3), en sus des troubles déjà connus de l'Office AI ; l'aide de son épouse était ainsi devenue quotidienne et beaucoup plus importante.

Par courrier du 18 août 2021, l'Office AI a requis de l'assuré qu'il produise tous les éléments rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'impotence.

Dans un rapport du 30 août 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que le degré d'impotence devait être modifié de léger à sévère, tout en précisant que l'état de santé de son patient justifiait déjà une allocation pour impotent de degré sévère au moment où le droit à une allocation pour impotent avait été accepté.

Par avis du 14 septembre 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du Service Médical Régional de l'Office AI (ci-après : le SMR), a considéré que les éléments médicaux apportés par le Dr J.\_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à modifier les limitations fonctionnelles retenues dans le cadre de l'examen de la précédente demande d'allocation pour impotent.

Par projet de décision du 14 septembre 2021, l'Office AI a indiqué à l'assuré entendre ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande du 17 août 2021.

Le 23 septembre 2021, l'assuré a contesté ledit projet de décision.

Le 30 septembre 2021, l'Office AI a réceptionné un rapport du 6 septembre 2021 de la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin praticien, laquelle posait notamment les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptôme psychotique, de trouble de l'humeur persistant sévère, de lombalgies récidivantes et de troubles visuels sévères.

Le 8 octobre 2021, l'assuré a fait valoir des objections supplémentaires, indiquant que la Dre P.\_\_\_\_\_ produirait un rapport complémentaire.

Le 12 octobre 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ a communiqué à l'Office AI un rapport rectificatif daté du 12 septembre 2021, dans lequel il indiquait que l'assuré présentait un degré d'impotence moyen et non pas sévère, tel que mentionné dans son précédent rapport du 30 août 2021.

Par avis SMR du 4 janvier 2022, le Dr F.\_\_\_\_\_ a examiné les derniers rapports médicaux produits et réitéré ses conclusions du 14 septembre 2021.

Par décision du 17 janvier 2022, l'Office AI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent de l'assuré, faute pour celui-ci d'avoir rendu plausible une modification de son état de santé depuis le 25 avril 2019.

**B.**           **a)** Par acte du 7 février 2022, T.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 17 janvier 2022, concluant implicitement à son annulation et à ce que l'Office AI entre en matière sur sa nouvelle demande d'allocation pour impotent du 17 août 2021. En substance, il a fait valoir que l'Office AI n'avait pas pris en compte l'ensemble de ses pathologies et l'aggravation de son état de santé depuis le 25 avril 2019, ayant limité son examen au seul rapport du 30 août 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_. Il a également indiqué être

suivi, depuis le 7 décembre 2021, par la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin assistante en psychiatrie auprès du Centre Q.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 15 mars 2022, l'Office AI a conclu au rejet du recours et réitéré les arguments contenus dans la décision litigieuse.

**c)** Répliquant le 24 mars 2022, T.\_\_\_\_\_ a indiqué entendre produire de nouveaux rapports de ses médecins traitants.

**d)** Dupliquant le 14 avril 2022, l'Office AI a confirmé ses conclusions du 15 mars 2022.

**e)** En date du 2 mai 2022, T.\_\_\_\_\_ s'est déterminé.

#### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 de l'Office AI d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'octroi d'une allocation pour impotent déposée le 17 août 2021 par le recourant.

**3. a)** Toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA).

**b)** Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide ou de soins s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.021]). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment 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).

Par dernier examen matériel du droit aux prestations, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**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 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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).

En particulier, lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision sans rendre plausible que l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide ou de soins s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'elle propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon elle être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'à défaut, elle n'entrera pas en matière sur sa demande. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

**d)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, 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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

**4. a)** En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 17 août 2021. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision du 25 avril 2019 maintenant le droit du recourant à une allocation pour impotent de degré faible et la décision litigieuse du 17 janvier 2022, un changement important des circonstances propres à influencer le droit à l'allocation pour impotent s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son impotence s'était

modifiée depuis la décision du 25 avril 2019, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 17 janvier 2022 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 25 avril 2019.

**b)** Cela étant, le recourant n'a produit devant l'office intimé aucun document susceptible de rendre plausible une évolution de son état de santé.

En effet, dans ses rapports des 30 août et 12 septembre 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ a principalement répété les diagnostics déjà posés auparavant par les médecins traitants du recourant, sans relever d'aggravation de la symptomatologie (cf. rapports du 8 décembre 2014 du Dr Z.\_\_\_\_\_ et des 12 décembre 2014 et 25 septembre 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_). Il a également exposé que l'état psychique du recourant provoquait un important ralentissement et un repli sur lui-même avec des idées paranoïaques ; celui-ci passait des heures à appliquer les soins prescrits, en partie avec l'aide de son épouse, se réveillait à 5 h 00 le matin pour être prêt à sortir de la maison à 9 h 00 et n'arrivait pas à lire ni à regarder la télévision. Ces explications ressortent toutefois déjà des rapports des 12 décembre 2014 et 25 septembre 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_ ainsi que des rapports d'enquête sur l'impotence des 29 juillet 2015 et 17 avril 2019. De surcroît, elles ne fournissent pas d'indication sur le besoin d'aide et d'accompagnement du recourant, le Dr J.\_\_\_\_\_ se contentant de conclure à une impotence de degré moyen présente depuis la naissance du droit à l'allocation sans étayer son appréciation.

Pour sa part, la Dre P.\_\_\_\_\_ s'est limitée, dans son rapport du 6 septembre 2021, à énumérer les diagnostics dont souffrait le recourant ainsi que les médicaments prescrits, sans se prononcer sur la problématique de l'impotence.

Au demeurant, il est relevé que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'office intimé a examiné les rapports des

6 septembre 2021 de la Dre P.\_\_\_\_\_, et 12 septembre 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_, ceux-ci ayant fait l'objet d'un avis du SMR du 4 janvier 2022.

Pour le reste, le recourant n'a produit aucune pièce médicale relative aux autres atteintes alléguées, soit des troubles circulatoires et lymphatiques, une péjoration des troubles de la vue, une hernie discale en L4 à gauche et des problèmes en L3. S'agissant plus particulièrement des troubles neurologiques des membres inférieurs avec œdèmes chroniques, ils sont certes évoqués par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 août 2021 ; ce médecin n'a toutefois donné aucune explication quant à un éventuel impact de ces troubles sur la question de l'impotence.

**c)** Il convient par ailleurs de souligner que le recourant a disposé, jusqu'au 17 janvier 2022, d'un temps suffisant pour produire les documents conformes aux exigences posées par l'office intimé dans son courrier du 18 août 2021. Dans le cadre d'une demande de révision de prestations au sens de l'art. 87 al. 2 RAI, il appartient à la partie requérante de produire les rapports médicaux nécessaires à l'examen de sa demande. Il ne saurait dès lors être reproché à l'office intimé une violation de la maxime inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), au motif que celui-ci n'avait pas requis la production d'un rapport médical aux médecins traitants du recourant.

**d)** L'office intimé n'a, en conséquence, pas violé le droit fédéral en estimant que les rapports médicaux produits par le recourant n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux et en refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 17 août 2022 par le recourant.

**5.** Finalement, il est précisé que la Cour de céans ne saurait prendre en compte des éléments produits postérieurement à la procédure administrative. Il n'y a dès lors pas lieu de requérir la production, respectivement d'attendre la production par le recourant de nouveaux rapports des Dres C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, ni de prendre en considération les explications du recourant quant à la thérapie menée depuis le mois de

décembre 2019 par la Dre C.\_\_\_\_\_ et son évolution dès le mois de janvier 2022, éléments dont le recourant s'est prévalu pour la première fois en procédure de recours.

**6. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 200 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui a procédé sans mandataire qualifié et n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III.** Les frais de justice sont fixés à 200 fr. (deux cents francs) et mis à la charge de T.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- 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 :