

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Hentzi

Cause pendante entre :

P. _____, 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. 9 et 61 let. c LPGA ; 42 LAI ; 37 et 38 RAI

E n f a i t :

A. P._____, né en 1962, a déposé une première demande de prestations le 24 septembre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il a fait état d'une atteinte au genou et à la cheville gauches, consécutive à un accident survenu le 23 février 2001 dans le cadre de son emploi de manœuvre auprès de la société [...] SA.

Par décision du 30 septembre 2003, confirmée sur opposition le 13 août 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle de manœuvre dès le 27 août 2001.

Par jugement du 9 août 2005 (cause AI 93/04 - 133/2005), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours interjeté par l'assuré et confirmé la décision de l'OAI.

B. Le 16 décembre 2005, P._____ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir un état anxiodépressif réactionnel avec somatisation.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Centre d'expertise J._____ comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. Dans leur rapport du 15 juin 2007, les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ont conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans l'activité habituelle de manœuvre sur les chantiers, en l'absence de limitation psychique ainsi que de toute pathologie somatique susceptible de réduire de façon significative et durable dite capacité.

Par décision du 4 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, dans la mesure où il ne présentait pas d'atteinte à la santé

invalidante tant physique que psychique justifiant une incapacité de travail.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 28 janvier 2010 (cause AI 424/08 - 41/2010).

C. Le 15 mai 2012, P._____ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une aggravation de son état de santé physique et psychique depuis l'année 2007.

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, l'OAI a diligenté une seconde expertise auprès du Centre d'expertise J._____ comportant des examens de médecine interne générale, de psychiatrie et de rhumatologie. Dans leur rapport du 18 juin 2013, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail et ont conclu à l'absence de limitation tant sur le plan psychique que physique. Selon ces médecins, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle.

Considérant que la situation médicale de l'assuré était globalement semblable à celle qui prévalait lors de l'expertise réalisée en 2007 et qu'il ne présentait ainsi aucune aggravation durable de son état de santé, l'OAI a, par décision du 10 octobre 2013, dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

D. Le 9 septembre 2015, P._____, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a sollicité le réexamen de sa situation médicale à la lumière de la nouvelle jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes douloureux.

Au vu des documents produits par l'assuré dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations, notamment d'un rapport du 2

novembre 2015 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, l'OAI a, par décision du 7 juillet 2016, refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, celui-ci n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations du 10 octobre 2013.

Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud le 17 juillet 2017 (cause AI 233/16 - 201/2017).

E. Le 16 janvier 2017, P._____, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de troubles mixtes de la personnalité et d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2016.

En annexe à sa demande, l'assuré a produit un rapport du 5 décembre 2016 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel ce médecin posait le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et retenait une incapacité de travail totale dans toute activité. Il indiquait en outre que les troubles psychiatriques de l'assuré s'étaient aggravés depuis l'année 2015.

Par décision du 19 septembre 2017, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, en l'absence de modification plausible de sa situation professionnelle ou médicale.

F. Le 16 novembre 2018, P._____, toujours sous la plume de Me Jean-Michel Duc, a déposé une sixième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2017, au point de nécessiter une hospitalisation psychiatrique dès le 4 novembre 2018. A l'appui de cette nouvelle demande, l'assuré a produit un rapport du 5 novembre 2018 établi par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel confirmait son hospitalisation au sein de l'Hôpital psychiatrique [...], afin de le mettre à l'abri d'idées suicidaires. Ce praticien qualifiait le pronostic de très

réservé. L'obtention d'une rente équivalait, selon lui, à la reconnaissance de la maladie, ce qui permettrait à son patient de « *relever la tête, de se sentir compris et revalorisé à sa juste mesure* » et favoriserait une potentielle amélioration de son état de santé psychique. Il s'agissait par ailleurs de revoir la médication de l'assuré et de l'encourager à avoir des activités en atelier, ainsi qu'à entreprendre des démarches de réinsertion professionnelle.

Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'assuré a également transmis à l'OAI un rapport du 27 février 2019 adressé à son conseil, dans lequel la Dre [...], médecin et cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie du Centre hospitalier F._____, posait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de trouble de la personnalité et d'hypertension artérielle. Elle relavait que le trouble de la personnalité et l'hypertension pouvaient être compensés sous traitement et que le trouble dépressif était une pathologie curable mais qui pouvait présenter des évolutions chroniques. Ce médecin attestait une incapacité de travail totale durant l'hospitalisation du 4 au 16 novembre 2018, l'assuré ayant notamment présenté de la tristesse, de l'anxiété, de l'irritabilité, de la fatigabilité, des difficultés à maintenir l'attention et la concentration, des difficultés dans la gestion du stress ainsi que des idées suicidaires non quotidiennes.

Par la suite, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport du 4 juin 2019 du Dr Q._____, aux termes duquel ce médecin relevait une péjoration des troubles psychiatriques depuis les précédentes demandes déposées auprès de l'OAI, ce qui avait conduit à une hospitalisation en milieu psychiatrique du 4 au 16 novembre 2018. Ce médecin estimait que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et que toute réhabilitation était exclue.

Par décision du 10 juillet 2019, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

A l'appui du recours interjeté contre cette décision, l'assuré a joint un rapport du 4 septembre 2019 du Dr V._____, dans lequel ce médecin posait les diagnostics d'état anxiodépressif sévère avec idées suicidaires scénarisées, d'invalidité physique incompatible avec l'exercice de la profession de maçon et de douleurs dorsolombaires, nucales et aux genoux. Il attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré et une capacité de travail de 10 à 20 % dans une activité adaptée.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 10 juillet 2019 dans un arrêt du 28 mai 2020 (cause AI 303/19 - 166/2020).

Par ordonnance du 6 octobre 2020, la Juge unique de la II^e Cour de droit social du Tribunal fédéral a radié du rôle, par suite de retrait, le recours interjeté le 8 juillet 2020 par l'assuré contre l'arrêt cantonal du 28 mai 2020 (TF 9C_449/2020).

G. Dans l'intervalle, le 14 juin 2019, P._____ a déposé, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité faisant valoir que d'importantes atteintes psychiatriques l'empêchaient de vivre de manière autonome et engendraient un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans le formulaire complété le 10 juillet 2019, il a indiqué avoir besoin de l'aide d'autrui pour « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « faire sa toilette », ainsi que pour « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Il a ajouté nécessiter depuis plusieurs années, en raison de ses ennuis de santé, un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, des soins permanents et une surveillance personnelle permanente de ses proches (son épouse et sa fille).

Des renseignements médicaux ont été requis auprès du psychiatre traitant de l'assuré, le Dr Q._____. Dans un rapport médical du 26 avril 2020, celui-ci a indiqué que l'assuré demeurait capable

d'accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher » et « faire sa toilette », tout en confirmant l'impossibilité d'entretenir des contacts sociaux sans l'initiative de l'entourage, son épouse devant toujours l'accompagner dans ses déplacements. Les proches étaient également contraints de rappeler à l'assuré ce qu'il devait faire, notamment sa prise de médicaments, et se charger à sa place des tâches administratives. Dans ces circonstances, le Dr Q._____ a confirmé le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que de soins permanents et d'une surveillance personnelle.

Le 23 juin 2020, l'assuré a annoncé à l'OAI une aggravation de son état de santé, indiquant qu'il transmettrait ultérieurement de nouveaux rapports médicaux.

L'OAI a diligenté une évaluation de l'impotence à domicile. Le rapport établi le 22 juillet 2020 se termine de la manière suivante :

L'entretien a lieu au domicile de l'assuré, en sa présence et celle de sa fille. Celle-ci est claire et précise que sur les limitations de son père, l'évolution de son état de santé au fil des années ainsi que sur l'aide qui doit lui être apportée au quotidien. Les descriptions faites au point 2.2. de ce présent rapport d'évaluation ne se basent que sur les dires de la fille. En effet, malgré des sollicitations, Monsieur P._____ ne participe pas à la discussion, n'interagit pas et regarde la tv pendant une grande partie de la discussion. Il n'a donc pas été possible de faire des observations objectives lors de la rencontre. Selon la fille, il est difficile pour l'assuré d'accepter quelqu'un d'inconnu (anxiété) à son domicile, ce qui pourrait expliquer sa non-participation.

Lors de l'entretien, tous les actes sont passés en revues, ainsi que la notion d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les soins permanents ainsi que la surveillance personnelle permanente comme stipulé dans le questionnaire de demande du 17.06.2019.

Si l'on se réfère uniquement aux dires de la fille pendant la discussion et aux constatations faites par l'entourage, un besoin d'aide important et régulier est nécessaire pour l'acte de se vêtir/se dévêtir (choix des vêtements) et se déplacer (toujours accompagné en extérieur). Le besoin d'aide mis en avant dans les autres actes serait à prendre en compte dans l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison de la fréquence du besoin (non important et régulier).

Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, la fille estime que sans la présence de sa mère et la sienne, celui-ci serait incapable de vivre de manière autonome au sein de

son domicile. Cependant, pendant l'entretien, la fille décrit l'assuré comme étant capable de conduire son véhicule, accompagné de son épouse. Ce qui met en avant certaines ressources au vu de l'exigence cognitive et physique qu'exige cette activité. Ainsi que la vigilance nécessaire à la conduite.

S'agissant des soins permanents, la préparation du semainier est réalisée par la fille et des rappels sont effectués pour que Monsieur P._____ prenne sa médication. Cela n'est pas suffisant pour remplir les conditions d'octrois.

Pour la surveillance personnelle permanente, celui-ci n'est jamais laissé seul par la famille, même à son domicile, en raison d'un potentiel risque de sortir et se perdre en extérieur ainsi qu'en raison de ses idées noires.

Afin de mettre en corrélation les dires de la fille avec les données médicales, les divers rapports médicaux au dossier, les avis SMR, l'expertise médicale du 18.06.2013 et le jugement du 10.06.2020 ont été pris en considération. Une permanence téléphonique avec le Dr. [...], médecin au SMR, a été nécessaire afin de définir clairement quelles limitations fonctionnelles ou non doivent être prises en considération pour cette présente évaluation. Cela se justifiait au vu des contradictions entre l'expertise du 18.06.2013, l'avis SMR du 13.11.2019 et les derniers rapports médicaux au dossier, en particulier celui du 28.04.2020, du Dr. Q._____, psychiatre.

Il en ressort de cet entretien, qu'après analyse de l'ensemble des pièces médicales aux dossiers depuis l'expertise médicale du 18.06.2013, il n'est apporté aucun élément rendant plausible une modification de l'état de santé de l'assuré. Cela signifie que les conclusions faites dans cette même expertise sont toujours d'actualité, à savoir qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue.

Concernant le RM [rapport médical] du 28.04.2020, le psychiatre met en avant des diagnostics présents depuis 2003, cela a donc été considéré dans l'expertise du 18.06.2013 et ne modifie les conclusions de cette même expertise.

À savoir que le jugement du 10.06.2020 valide le fait qu'aucune modification de l'état de santé de l'assuré n'a été rendue plausible.

Étant donné qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été objectivée au niveau médical, aucun besoin d'aide ne peut être retenu dans le cadre de l'allocation pour impotent.

Après consultation du Service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a, dans un projet de décision du 27 juillet 2020, informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande d'allocation pour impotent.

Le 25 novembre 2020, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a adressé à l'OAI un rapport médical relatant une aggravation de l'état de santé de l'assuré, en ce sens que ce dernier présentait, depuis le début de sa prise en charge en juin 2020, un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un trouble de la

personnalité de type borderline. Le spécialiste dispensait des « *soins intenses* » dans le but de ralentir une évolution déficitaire du trouble de la personnalité et de la dépression. Il estimait que son patient était totalement inapte au travail du point de vue psychologique.

Par décision du 28 janvier 2021, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré. Il a considéré que celui-ci n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et que le besoin d'un accompagnement de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas établi.

Statuant sur le recours déposé par l'assuré le 26 février 2021 contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 1^{er} novembre 2021 (cause AI 74/21 - 334/2021).

Cet arrêt a été annulé par le Tribunal fédéral le 15 juin 2022, à la suite du recours en matière de droit public interjeté par l'assuré, au motif que la question du droit à une allocation pour impotent ne pouvait être tranchée sans connaître l'issue de la nouvelle demande de prestations déposée auprès de l'OAI le 23 juin 2020. La cause a dès lors été renvoyée à la juridiction cantonale afin qu'elle suspende la procédure en matière d'allocation pour impotent jusqu'à droit connu sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré (TF 9C_640/2021).

H. Le 14 juillet 2021, l'OAI a adressé à P._____ un formulaire officiel de demande de prestations, en lui impartissant un délai pour le compléter et le retourner accompagné de toutes pièces utiles ; sans nouvelles de l'assuré dans le délai imparti, son dossier serait « *classé sans suite* ». A cette occasion, l'OAI a précisé que la date du dépôt de la nouvelle demande serait fixée au 30 novembre 2020 (date de la réception du rapport du Dr X._____).

Par pli du 12 août 2021, l'assuré a transmis le formulaire officiel complété à l'OAI, mentionnant des pathologies psychiatriques responsables d'hallucinations et d'une vision paranoïde.

Dans un rapport du 14 septembre 2019, le Dr S._____ a fait état des diagnostics incapacitants de troubles dépressifs depuis environ quinze ans, de colonne lombaire dégénérative et de gonarthrose depuis environ cinq ans. L'assuré présentait des lombosciatalgies droites à répétition, des gonalgies et des somatisations multiples dans le contexte de troubles dépressifs. Il bénéficiait d'infiltrations, de traitements antalgiques et d'un suivi psychiatrique. Etaient annexés des rapports d'imagerie rédigés en 2020 et 2021, ainsi que des rapports du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier F._____ des 27 février 2020 et 11 mars 2021, où l'assuré était pris en charge depuis juillet 2019 pour un trouble respiratoire au cours du sommeil (apnées-hypopnées). Il disposait d'un traitement par pression positive (CPAP), lequel s'avérait efficace.

A la demande de l'OAI, le Dr X._____ a rédigé un nouveau rapport le 30 novembre 2021, dans lequel il a réitéré les diagnostics précédemment posés et signalé que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis 2004. Il précisait assumer son suivi psychiatrique à raison d'une séance toutes les quatre à six semaines, une intensification des séances s'étant avérée sans bénéfice clinique. L'assuré luttait « *pour sa survie* », de sorte qu'aucune réinsertion n'était, à son avis, d'actualité. Il qualifiait la situation de « *dramatique* » d'un point de vue psychosocial en présence d'un assuré pris en charge intégralement par les membres de sa famille.

Par avis du 4 février 2022, le SMR a considéré que le dossier ne contenait aucun élément médical nouveau mettant en évidence une aggravation durablement incapacitante de l'état de santé de l'assuré par rapport aux précédentes demandes.

Par projet de décision du 17 mars 2022 (annulant et remplaçant un projet de décision de refus d'entrer en matière du 11 février 2022), l'OAI a signalé à l'assuré qu'il envisageait de nier son droit à des mesures professionnelles et à une rente, en l'absence d'aggravation de l'état de santé susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail.

L'assuré a contesté ce projet de décision par correspondance du 11 avril 2022, concluant à l'allocation d'une rente entière d'invalidité.

Par décision du 23 mai 2022, l'OAI, après avoir consulté une nouvelle fois le SMR (avis du 2 mai 2022), a formellement rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

Statuant sur le recours déposé par l'assuré le 27 juin 2022 contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté par arrêt du 10 mai 2023 (cause AI 164/22 - 128/2023).

Par arrêt du 11 décembre 2023 (cause 9C_395/2023), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours en matière de droit public interjeté par l'assuré, annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et la décision de l'OAI du 23 mai 2022 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants ; il a par ailleurs condamné l'OAI à prendre en charge les frais du rapport médical du 25 novembre 2020 du Dr X._____. En substance, le Tribunal fédéral a estimé que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait apprécié arbitrairement les faits et les preuves en considérant que, sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait un état de santé globalement inchangé depuis la décision rendue le 10 juin 2013.

I. Dans l'intervalle, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait, à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral dans la cause 9C_640/2021, ordonné la suspension de la procédure en matière d'allocation pour impotent jusqu'à droit connu sur le sort de la procédure en matière de rente d'invalidité.

J. Reprenant l'instruction de la cause à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral dans la cause 9C_395/2023, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 25 juillet 2024, l'expert a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de syndrome douloureux somatoforme persistant (dès 2001), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (dès 2001), de dysthymie (dès 2004), d'autres modifications durables de la personnalité (dès 2013) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (dès 2018). A propos de la capacité de travail, l'expert a exposé ce qui suit :

L'analyse asséculo-logique de cette situation en termes de CT [capacité de travail] n'est pas aisée. Dans un premier temps et jusqu'à 2013, le syndrome douloureux somatoforme et la dysthymie ne peuvent pas être considérés comme invalidants. Les expertises de 2007 et 2013 ont correctement signalé l'absence de limitations fonctionnelles majeures (un stage de réinsertion avait été planifié même en 2015). Le lien social était préservé, l'expertisé a assumé une vie familiale et des voyages à l'étranger. A partir de 2013, la modification progressive de sa personnalité a changé la donne induisant des limitations fonctionnelles qui seront potentialisées par les deux diagnostics précédents (tous deux non invalidants per se). On retrouve ainsi des limitations progressives dans l'endurance et la résistance, la capacité de contact et de conversation avec des tiers, l'intégration dans un groupe, l'affirmation de soi, et la proactivité. Ces limitations excluaient le travail en milieu usuel, le travail en milieu adapté (travail simple, sans interactions hiérarchiques, en solitaire) étant préservé à un 50 % maximum. A partir de la fin 2018, la récurrence dépressive attestée un première fois par l'hospitalisation au Centre hospitalier F._____ a rendu la CT nulle pour toute activité en économie libre en conjonction avec les autres diagnostics. Il s'agit d'une aggravation nette des limitations fonctionnelles susmentionnées sous l'effet de l'effondrement dépressif de cet homme. Cette estimation est pondérée en fonction de la majoration symptomatique documentée.

Après avoir recueilli le point de vue du SMR (avis du 13 août 2024), l'OAI a, par décisions des 29 octobre 2024 et 21 janvier 2025, alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2020.

K. Par courrier du 4 février 2025, P._____, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, a informé la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal des derniers développements relatifs à la procédure en matière de rente d'invalidité.

Le 7 février 2025, le juge instructeur a informé les parties, que l'instruction de la cause suspendue par ordonnance du 12 juillet 2022, était reprise à la suite des décisions rendues les 29 octobre 2024 et 21 janvier 2025 par l'OAI en matière de rente d'invalidité et les a invitées à se déterminer sur la suite qu'elles entendaient donner à la procédure en matière d'allocation pour impotent.

Dans ses déterminations du 7 mars 2025, l'OAI a indiqué que la décision rendue le 28 janvier 2021 ne pouvait, au vu de nouveaux éléments au dossier, pas être maintenue et qu'une nouvelle évaluation de l'impotence paraissait nécessaire.

Dans ses déterminations du 12 mai 2024, P. _____ a souligné que le rapport d'expertise établi par le Dr T. _____ permettait, au vu des constats que celui-ci contenait, de justifier a minima la reconnaissance d'une impotence de degré moyen, voire grave, si bien qu'aucun complément d'instruction ne s'imposait. Il invitait la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à statuer immédiatement sur le droit à une allocation pour impotent.

E n d r o i t :

1. La Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau dans cette affaire à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 15 juin 2022.

2. a) En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée, est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de

fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A_488/2013 du 4 avril 2014 consid. 3.1 et les références).

b) En substance, le Tribunal fédéral a estimé que la question du droit à une allocation pour impotent ne pouvait pas être tranchée sans connaître l'issue de la nouvelle demande de prestations déposée le 23 juin 2020 par le recourant. Lorsqu'une personne souffrait uniquement d'une atteinte à la santé psychique – ce qui était le cas en l'espèce –, elle devait, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente d'invalidité. Or, en l'absence de décision rendue par l'office intimé quant à un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité, la Cour de céans ne pouvait pas nier d'emblée le droit à une allocation pour impotent pour le seul motif qu'il n'avait pas droit à un quart de rente. Le Tribunal fédéral a par voie de conséquence considéré que la cause devait être renvoyée à la Cour de céans, afin qu'elle suspende la procédure jusqu'à droit connu sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

c) Conformément au jugement de renvoi du Tribunal fédéral, la Cour de céans a suspendu la procédure relative au droit à une allocation pour impotent jusqu'à ce qu'il soit statué définitivement sur le droit à la rente du recourant. La procédure a été reprise à la suite des décisions des 29 octobre 2024 et 21 janvier 2025 allouant au recourant une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2020.

3. Le litige a pour objet le droit du recourant à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), 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 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), les assurés impotents (art. 9 LPG) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). 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. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes

ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

b) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction,

l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

c) La notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce

dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ATF 107 V 136 consid. 1b ; 106 V 153 consid. 2a ; TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

d) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe 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 (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

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).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir des contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

5. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

c) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, ce qui ne signifie toutefois pas que l'enquêteur devrait être lui-même médecin ou ergothérapeute (TF 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2). Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 453 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

d) Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête au domicile de l'assuré est un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'assuré rencontre en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête

à domicile et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur et l'impact de l'atteinte psychique (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

6. a) En l'occurrence, l'expertise établie par le Dr T. _____ fait apparaître la situation médicale du recourant sous un nouveau jour, dès lors qu'il est désormais admis que ce dernier présente une incapacité totale de travailler pour des motifs psychiques. Dans la mesure où les conclusions de l'enquête à domicile réalisée le 8 juillet 2020 reposaient, pour partie, sur des constatations médicales qui ont été invalidées par le médecin précité, il y a lieu de dénier toute valeur probante à ce document. Cela étant, il n'est, en l'état, pas possible, comme le suggère le recourant dans ses déterminations du 12 mai 2025, de statuer sur le droit à une allocation pour impotent sur la base des autres éléments au dossier. Dans le cadre de son expertise, le Dr T. _____ a souligné que la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, la relation à deux, l'adaptation aux règles, la planification des tâches la flexibilité ou encore la prise en charge personnelle et la mobilité étaient préservées chez le recourant (p. 17) ; il a également relevé que le recourant, s'il était pour l'essentiel passif à domicile et déléguait le quotidien à son épouse, demeurait capable d'une vie sociale et de voyager dans son pays d'origine (p. 30). Il semble par conséquent que le recourant soit encore en mesure d'affronter et de gérer certaines tâches de la vie quotidiennes, dans une mesure toutefois indéterminée. Dans ces conditions, il apparaît indispensable de renvoyer le dossier à l'office intimé afin qu'il procède à une nouvelle évaluation de l'impotence du recourant ainsi que des besoins spécifiques de ce dernier. Il incombera ensuite à l'office intimé de rendre une nouvelle décision en matière d'allocation pour impotent à l'égard de l'intéressé.

b) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a plus lieu d'analyser dans le détail les divers griefs invoqués par le recourant dans son acte de recours du 26 février 2021.

7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour qu'il complète l'instruction et rende une 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'office intimé.

**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 28 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée audit office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 P._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux 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 Jean-Michel Duc (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :