

VD_FINDINFO AI 64/20 - 321/2021 vom 19. Oktober 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_64_20_-_321_2021

FR: VD_FINDINFO AI 64/20 - 321/2021 du 19 octobre 2021

IT: VD_FINDINFO AI 64/20 - 321/2021 del 19 ottobre 2021

Regeste

ADMISSION PARTIELLE, FRAIS JUDICIAIRES, RÉPARTITION DES FRAIS, SCHIZOPHRÉNIE, DÉCISION DE RENVOI, AFFECTION DE LA PEAU, ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, DÉBUT, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 48 LAI, 43 al. 1 LPGA, 9 LPGA, 37 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.10.2021 AI 64/20 - 321/2021

ADMISSION PARTIELLE, FRAIS JUDICIAIRES, RÉPARTITION DES FRAIS, SCHIZOPHRÉNIE, DÉCISION DE RENVOI, AFFECTION DE LA PEAU, ÉVALUATION DE L'IMPOTENCE, ALLOCATION POUR IMPOTENT, DÉBUT, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 48 LAI, 43 al. 1 LPGA, 9 LPGA, 37 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 64/20 - 321/2021 ZD20.008114 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 19 octobre 2021 _____ Composition : M. Neu , président

M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs Greffier : M. Addor *****

Cause pendante entre : Y. _____ , à V. _____ , recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 9 et 43 al. 1 LPGA ; 48 LAI ; 37 RAI E n f a i t : A. a) Ressortissant turc, Y. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1988, sans formation professionnelle certifiée, travaillait depuis 2008 en tant que chauffeur-livreur pour le compte de l'entreprise C. _____ Sàrl à H. _____. Souffrant d'une hernie discale à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 9 février 2009, il a déposé, en date du 2 juin 2010, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements usuels auprès des médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 8 septembre 2010, le Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral chronique et de lombosciatalgies gauches chroniques sur hernie discale L5-S1. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur était nulle. Sur la base de l'appréciation effectuée par le Dr M. _____ (avis médical du 23 septembre 2010), médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité en l'absence de préjudice économique (projet de décision du 2 novembre 2010). Représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat, Y. _____ a présenté des objections à l'appui desquelles il a transmis divers documents médicaux à l'office AI ayant conduit le Dr Q. _____, médecin auprès du SMR, à recommander la réalisation d'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR (avis médical du 5

octobre 2011). Le 17 novembre 2011, les Drs X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assuré. Dans leur rapport du 23 janvier 2012, ils ont posé les diagnostics incapacitants de récurrence de kyste sacro-coccygien (écoulement purulent au décours) et de lombalgies chroniques avec un trouble dégénératif (discopathies étagées) et réaction inflammatoire débutante (modification de type Modic 1 ; M 54.5). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants : déconditionnement musculaire modéré avec dysbalance, surcharge pondérale modérée, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation continue ; F 10.25) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (utilisation continue ; F 12.25). S'agissant de la capacité de travail, ils ont indiqué que, dans la mesure où l'état de santé en relation avec l'existence d'une pathologie infectieuse au décours n'était pas stabilisé, il convenait de retenir une incapacité totale de travail. Une fois la pathologie infectieuse réglée et stabilisée, il ne devrait pas y avoir de séquelle influençant la capacité de travail. Il n'y avait pas de pathologie incapacitante sur le plan psychiatrique. Appelé à se prononcer sur les pièces médicales versées au dossier, le Dr L. _____, médecin auprès du SMR, a relevé que, depuis l'examen du mois de novembre 2011, il y avait eu une progression de la symptomatologie rachidienne et la persistance de symptômes psychiatriques dont le caractère incapacitant restait à éclaircir. Il a ainsi demandé que soit effectué un examen rhumatologique et psychiatrique en vue d'une actualisation de la situation médicale (avis médical du 29 octobre 2013). Le 12 septembre 2014, le Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à l'examen psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2014, il a posé le diagnostic – avec répercussion durable sur la capacité de travail – de trouble de la personnalité émotionnellement labile décompensé sur un mode psychotique (F 60.3). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation continue ; F 10.25) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis (utilisation continue ; F 12.25). Au regard du diagnostic incapacitant, il a retenu des limitations fonctionnelles sous forme d'une extrême impulsivité, d'idées délirantes de persécution et de référence, d'hallucinations auditives et d'actes auto- et hétéro-agressifs, lesquelles excluaient toute capacité résiduelle de travail en quelque activité que ce soit depuis le 1^{er} novembre 2013 (cf. au sujet de cette date le rapport du Centre de psychiatrie et psychothérapie W. _____ du 19 février 2014). Dans un avis du 12 novembre 2014, le Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin auprès du SMR, a relevé que son confrère A. _____ avait conclu que l'assuré était décompensé et qu'il présentait des hallucinations ainsi qu'un comportement potentiellement hétéro-agressif, ce qui l'a conduit à renoncer à réaliser un examen clinique rhumatologique. Quand bien même les limitations fonctionnelles décrites par le Dr X. _____ demeuraient valables, la reprise d'une activité professionnelle, fût-ce dans une activité adaptée, n'entraîne pas en ligne de compte en raison de l'affection psychiatrique mise en évidence par le Dr A. _____. Par décisions des 14 décembre 2015 et 18 février 2016, l'office AI a retenu qu'en raison de la récurrence d'un kyste, le 17 novembre 2011, l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail ayant perduré jusqu'à l'échéance du délai de carence d'une année le 17 novembre 2012. Dès le 1^{er} décembre 2012, après trois mois de convalescence à la suite de l'opération pratiquée à ce kyste le 13 août 2012, l'assuré avait recouvré une capacité entière de travail, ce qui avait entraîné la suppression de la rente servie jusqu'alors. L'office AI a ainsi reconnu le droit de

l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2012 au 28 février 2013. Toutefois, en raison d'une atteinte psychiatrique, l'assuré ne disposait plus d'aucune capacité de travail depuis le 1^{er} novembre 2013, motivant l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2014. b) Le 12 juin 2017, l'office AI a engagé une procédure de révision de la rente. Sur la base des renseignements médicaux recueillis (cf. rapport du Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 12 mars 2018), l'office AI a informé l'assuré qu'en l'absence de modification de son degré d'invalidité, il continuait de bénéficier d'une rente entière d'invalidité (communication du 16 mars 2018).

c) Dans l'intervalle, Y. _____ a, par l'intermédiaire du Cabinet médico-social T. _____ à K. _____, déposé le 4 juillet 2017 une demande d'allocation pour impotent indiquant avoir besoin d'aide pour se lever/s'asseoir/se coucher, manger (couper les aliments/porter les aliments à la bouche), les soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher), aller aux toilettes (propreté, se rhabiller, sonder ou acte similaire) et se déplacer/entretenir des contacts sociaux (dans l'appartement/à l'extérieur). Il a également relevé qu'il avait besoin d'une surveillance personnelle et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans un rapport du 5 octobre 2017 (date d'indexation), les Drs I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G. _____, respectivement psychiatre et médecin au Centre de psychiatrie et psychothérapie W. _____, ont posé les diagnostics – ayant une influence sur l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome – de schizophrénie paranoïde (F 20.00), existant depuis janvier 2014, et d'état de stress post-traumatique (F 43.1) depuis octobre 2014. Ils ont fait état d'un besoin d'aide régulière et importante pour les six actes ordinaires de la vie de même qu'ils ont reconnu la nécessité, en raison des atteintes à la santé, d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine, d'une surveillance personnelle permanente et de soins permanents. Ils ont expliqué que leur patient présentait des difficultés dans les déplacements, dans l'organisation du temps et pour entretenir des contacts sociaux. Si l'évolution était plutôt stationnaire, l'assuré pouvait, en période de décompensation psychotique, avoir besoin de davantage d'aide, même pour se vêtir ou se laver. Interpellé par l'office AI, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a complété un rapport daté du 29 janvier 2018 dans lequel il a posé les diagnostics affectant la capacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome de troubles psychotiques, de maladie de Verneuil et de lombalgies chroniques sur hernie discale L5 – S1 gauche. A l'instar des psychiatres traitants, il a retenu un besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie ainsi qu'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine, d'une surveillance personnelle permanente et de soins permanents. Il a justifié son appréciation en indiquant qu'en raison de la transpiration consécutive à la maladie de Verneuil, l'assuré avait besoin d'une aide pour les tâches ménagères environ cinq heures par semaine. Egalement interpellé par l'office AI, U. _____ Sàrl, organisme en charge du suivi de l'assuré, a complété un questionnaire le 7 février 2018, dans lequel il a indiqué que, depuis 2012, celui-ci avait besoin de l'aide régulière et importante d'un tiers pour les six actes ordinaires de la vie en cas de poussées de la maladie de Verneuil. Il était également fait mention du besoin d'une aide médicale ou sanitaire permanente depuis 2012 ainsi que, depuis la même période, d'une surveillance personnelle permanente ainsi que d'un besoin d'accompagnement physique et psychique quotidien trois heures par jour. L'office AI a fait réaliser une enquête à domicile en vue de l'évaluation de l'impotence. Il ressort du rapport d'enquête du 24 septembre 2018 que l'assuré vit avec ses parents, eux-mêmes atteints dans

leur santé. L'enquêtrice a proposé de retenir un besoin d'accompagnement depuis le mois de novembre 2013, soit depuis la décompensation psychiatrique, ainsi qu'une aide pour les soins permanents. Se référant au rapport du Centre de psychiatrie et psychothérapie W. _____ du 16 octobre 2017, elle a écarté le besoin de surveillance, dans la mesure où les médecins faisaient état d'une évolution plutôt stationnaire, hormis en période de décompensation psychotique. Concernant le besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie, elle a relevé que, selon les explications de l'assuré, celui-ci avait besoin d'aide pour les actes « manger », « se vêtir » et faire sa toilette » en raison des abcès et plaies intermittentes dus à la maladie de Verneuil. Dans sa synthèse, elle n'a toutefois pas retenu un tel besoin, tout en sollicitant le SMR afin de déterminer si les répercussions de cette pathologie étaient susceptibles de provoquer des limitations fonctionnelles quotidiennes l'empêchant notamment de se vêtir, de couper sa nourriture et de faire sa toilette. En réponse aux questions de l'office AI, le Dr R. _____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a indiqué, le 13 mars 2019, que l'assuré souffrait d'une maladie de Verneuil de stade II-III localisée majoritairement sous les aisselles et de façon moins marquée sur le pubis et les plis inguinaux. D'après ce médecin, les mouvements étaient limités lors des épisodes de poussées inflammatoires douloureuses, lesquelles alternaient avec des périodes de rémissions indolores ou moins douloureuses. Compte tenu du caractère imprévisible de ces poussées, leur durée était impossible à estimer. Après avoir soumis le dossier au SMR pour appréciation (avis médical du Dr J. _____ du 22 novembre 2019), l'office AI a, par projet de décision du 22 novembre 2019, informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible. Sur la base de l'enquête du 24 septembre 2018, il a retenu que l'aide régulière et importante d'un tiers était nécessaire, depuis le mois de novembre 2013, pour exécuter l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». De même, l'assuré nécessitait des soins permanents et un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. S'agissant de la naissance du droit à la prestation, les conditions d'octroi étaient remplies à l'expiration du délai de carence, le 1^{er} novembre 2014. Toutefois, compte tenu de la date du dépôt de la demande d'allocation pour impotent intervenue le 4 juillet 2017, la prestation ne pouvait être accordée, suivant la législation applicable, que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, soit dès le 1^{er} juillet 2016. En l'absence de contestation, l'office AI a entériné son projet de décision par décision formelle du 27 janvier 2020. B. a) Par acte du 24 février 2020, Y. _____, représenté par Me Alexandre Guyaz, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1^{er} novembre 2014, le montant rétroactif étant accordé avec un intérêt de 5 % dès le 1^{er} novembre 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction, sous la forme de l'audition du Dr R. _____, le cas échéant d'un expert, sur les antécédents présentés (fréquences des kystes dans le passé) ainsi que sur une appréciation médicale de l'aide sollicitée pour les actes de la vie courante après quoi il lui appartiendrait de rendre une nouvelle décision. Dans un premier moyen, l'assuré a reproché à l'office AI d'avoir violé son devoir d'instruction quant à l'influence de la maladie de Verneuil sur les actes quotidiens de la vie tels que « manger, se vêtir, faire sa toilette, se laver et aller aux toilettes », ce qui ôtait toute valeur probante à l'avis médical du SMR du 22 novembre 2019. Il a par conséquent estimé que l'instruction devait être reprise « pour que l'influence de la maladie de Verneuil soit dûment établie de manière objective sur tous les actes de la vie ». Dans un second moyen, l'assuré a fait valoir que c'était à tort

que l'office AI n'avait pas fait application de l'art. 48 al. 2 LAI. A cet égard, il a exposé que, atteint de schizophrénie, il ne pouvait avoir une perception objective de son besoin d'aide avant juillet 2017. Cette situation était en outre difficile à détecter par des tiers en raison de la prise en charge familiale et du contexte culturel entourant ces circonstances d'un silence que seul l'infirmier du père de l'assuré avait pu rompre pour qu'une procédure de prise en charge fût engagée. Ainsi, il n'était ni juste ni logique d'imputer à l'assuré cette situation à faute en le privant d'une partie du droit aux prestations et en les limitant à un versement unique depuis le 1^{er} juillet 2016. Dans ces conditions, il fallait également, en application de l'art. 26 al. 2 LPGA, lui reconnaître le droit à des intérêts moratoires à 5 % dès le 1^{er} novembre 2016. b) Dans sa réponse du 20 avril 2020, l'office AI n'a pas exclu que le SMR ait mal interprété les informations reçues même si, au vu des renseignements fournis par le Dr R. _____, l'existence d'un besoin d'aide quotidienne paraissait douteuse, étant rappelé que seuls les actes « se vêtir », « manger » et « faire sa toilette » étaient en l'occurrence sujets à discussion. S'agissant de la naissance du droit à l'allocation pour impotent, l'office AI a estimé que si l'assuré n'était pas apte à s'occuper de ses affaires, des mesures de protection de l'adulte auraient dû être prises dans son intérêt. Quoiqu'il en soit, il n'existait aucun élément au dossier permettant l'application de l'art. 48 al. 2 LAI si bien que c'était à juste titre que, compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations, l'allocation avait été versée dès le 1^{er} juillet 2016. L'office AI a ainsi conclu au rejet du recours. c) En réplique du 13 juillet 2020, l'assuré a distingué, sur la base d'un arrêt du Tribunal fédéral (TF 9C_562/2016 du 13 janvier 2017), le cas dans lequel le besoin d'aide n'était pas quotidien (dans l'arrêt, le fait d'avoir besoin d'une intervention extérieure pour mettre des habits serrés) de sa propre situation, dans laquelle il pouvait potentiellement avoir besoin d'une aide quotidienne, la différence étant que ce besoin était seulement imprévisible dans la mesure où il ignorait quand les kystes apparaîtraient. Il a par ailleurs produit plusieurs clichés photographiques pour illustrer la problématique de son affection. Renvoyant aux explications contenues dans son mémoire de recours, il en a confirmé l'argumentation ainsi que les conclusions. d) Le 21 août 2020, l'assuré a transmis à la Cour de céans un rapport du 21 juillet 2020 de la Dre N. _____, cheffe de clinique adjointe au Service de dermatologie et vénéréologie de l'Hôpital Z. _____. Celle-ci y décrivait les répercussions des nodules inflammatoires en fonction de leur localisation corporelle. Au niveau inguinal, l'intéressé éprouvait des difficultés à s'asseoir ou à marcher ; au niveau axillaire, les mouvements des bras étaient limités, ce qui l'obligeait à solliciter de l'aide pour les soins locaux et pour la toilette quotidienne et l'empêchait de s'occuper de sa fille âgée de 5 ans et demi ; au niveau du coccyx, il n'arrivait pas à aller à selles et la marche était limitée, voire impossible, à cause des douleurs. Dans tous les cas, le sommeil était perturbé, l'assuré ayant encore expliqué qu'il devenait dépendant pour effectuer les gestes de la vie quotidienne lorsqu'il se trouvait dans une poussée inflammatoire ; il en résultait un sentiment de honte à la nécessité de demander l'aide de ses proches. e) Dupliquant en date du 24 août 2020, l'office AI a relevé que le fait qu'il était impossible de prévoir quand (et où) les kystes allaient apparaître ne permettait pas d'admettre que le besoin d'aide avait la régularité et l'intensité nécessaires pour être pris en compte. En conséquence, il a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. f) S'exprimant par pli du 17 septembre 2020, l'assuré a indiqué qu'en l'absence d'élément nouveau, il se référait à l'argumentation ainsi qu'aux conclusions figurant dans son mémoire de recours du 24 février 2020. 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 droit du recourant à obtenir une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1^{er} novembre 2014 en lieu et place d'une allocation pour impotent de degré faible dont il bénéficie depuis le 1^{er} juillet 2016. 3. 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. b) La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 (art. 37 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente ; ou (c) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI). Enfin, 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 ; art. 37 al. 3 RAI). c) 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 des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle

ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 et la référence). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TFA H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71). En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (TFA I 25/85 du 11 juin 1985 consid. 2b, in RCC 1986 p. 509).

4. a) Selon l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI. Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que, contrairement au renvoi de l'art. 42 al. 4 in fine LAI, le début du droit à l'allocation pour impotent ne se détermine pas en fonction de l'art. 29 al. 1 LAI, mais de l'art. 28 al. 1 LAI (ATF 137 V 351 consid. 4 et 5). Dès lors que les conditions posées par cette dernière disposition s'agissant du droit à la rente d'invalidité sont applicables par analogie au domaine des allocations pour impotent, il en résulte qu'un droit à une telle prestation ne peut pas naître avant l'échéance d'un délai de carence d'une année à compter de la survenance de l'impotence (TF 9C_326/2017 du 18 septembre 2017 consid. 3.1).

b) Aux termes de l'art. 35 al. 1 RAI, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées. Cette disposition concerne le début du versement de l'allocation pour impotent (Michel Valterio , Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Zurich 2018, n. 72 ad art. 42 LAI).

c) aa) Le début du versement de l'allocation est régi par l'art. 48 al. 1 LAI, selon lequel si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPG, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Ainsi, en principe, si la demande d'allocation pour impotent a été déposée tardivement – c'est-à-dire plus de douze mois après la naissance du droit –, l'allocation ne peut en principe être accordée rétroactivement que durant douze mois au maximum à compter du dépôt de la demande (Michel Valterio , précité, n. 4 ad art. 48 LAI).

bb) L'art. 48 al. 2 LAI est libellé comme il suit : “ Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes: a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations; b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits. ”

cc) Cet article rétablit le droit au versement d'arriérés pour l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, tel qu'il s'appliquait avant la 5^e révision de l'AI (modification du 6 octobre 2006 ; RO 2007 5129). Celle-ci avait modifié cette disposition en l'adaptant à l'art. 29 LAI (rentes) et à l'art. 10 al. 1 LAI (mesures de réinsertion et d'ordre professionnel). Le droit aux arriérés concernant l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires était alors passé d'un an à cinq ans sans que cela ne corresponde à l'intention du législateur. Cela a créé une inégalité de traitement par rapport à l'allocation pour impotent de l'AVS, pour laquelle le droit aux arriérés est limité à douze mois, et l'application de la disposition n'était guère possible ; aussi le droit antérieur à la 5^e révision a été restauré lors de la 6^e révision (modification du 18 mars 2011 ; RO 2011 5659) pour les prestations énoncées, soit en

particulier pour l'allocation pour impotent (cf. FF 2010 1733). dd) Selon la jurisprudence, cette disposition s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations (ATF 102 V 112 consid. 1a ; TF 9C_166/2009 du 22 avril 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_82/2007 du 4 avril 2008 consid. 2). Un tel état de fait n'est admis que de manière très restrictive par la jurisprudence (ATF 139 V 289 consid. 4.2 ; Michel Valterio , précité, n. 5 ad art. 48 LAI), en particulier dans les cas de schizophrénie (ATF 108 V 226 consid. 4 ; TFA I 824/05 du 20 février 2006 consid. 4.3 ; I 705/02 du 17 novembre 2003 consid. 4.3 ; I 141/89 du 1 er mars 1990 consid. 2b), d'un trouble de la personnalité grave (TFA I 205/96 du 21 octobre 1996 consid. 3c) ou proche de la psychose schizophrénique (TFA I 418/96 du 12 novembre 1997 consid. 3b), ou encore accompagné d'un alcoolisme chronique (TFA I 149/99 du 16 mars 2000 consid. 3b), d'incapacité de discernement suite à de graves troubles psychiques (TFA I 71/00 du 29 mars 2001 consid. 3a) ou encore en cas de dépression grave (ATF 102 V 112 consid. 3). Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a et les références). Autrement dit, les faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré ne pouvait pas connaître, au sens de l'art. 48 al. 2, seconde phrase, aLAI (actuellement art. 48 al. 2 let. b LAI), sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 consid. 2c). On ne se trouvera en revanche pas dans ce genre de situation lorsque l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnent droit à une prestation de l'assurance-invalidité (Michel Valterio , précité, n. 5 ad art. 48 LAI). ee) Il résulte enfin d'une interprétation littérale de la loi (ATF 144 V 313 consid. 6.1 ; 143 II 202 consid. 8.5 ; 143 I 109 consid. 6 ; 140 V 227 consid. 3.2 et les références citées) que les conditions de l'art. 48 al. 2 LAI sont cumulatives (« aux conditions suivantes »). Cette conclusion s'impose aussi à la lecture des versions allemande et italienne de la loi au vu de la présence explicite à la fin de la lettre a de l'alinéa (allemand), respectivement au début de la lettre b de l'alinéa (italien), de la conjonction de coordination und , respectivement e (« Die Leistung wird für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte Person : a. anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte ; und b. den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht. » ; « La prestazione arretrata è corrisposta per un periodo più lungo se l'assicurato : a. non poteva conoscere i fatti determinanti il suo diritto alle prestazioni ; e b. fa valere il suo diritto entro 12 mesi dal momento in cui è venuto a conoscenza di tali fatti »). 5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a). b) 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. 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 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2 ; TF 9C_165/2020 du 15 juin 2020 consid. 2.2 et les références).

6. a) Le 4 juillet 2017, le recourant, au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en raison d'une schizophrénie paranoïde, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office intimé a fait procéder à une enquête d'impotence au domicile de l'intéressé le 18 septembre 2018. En guise de conclusion de son rapport, l'enquêtrice a expressément sollicité « le SMR afin de déterminer si les répercussions de la maladie de Verneuil sont susceptibles de provoquer de telles limitations fonctionnelles, ce quotidiennement, pour empêcher l'assuré de se vêtir, de couper sa nourriture et de faire sa toilette ». Donnant suite à cette injonction, le SMR a sollicité des informations complémentaires auprès du Dr R. _____, dermatologue traitant (courrier du 13 mars 2019). Par décision du 27 janvier 2020, l'intimé a octroyé au recourant une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} juillet 2016 à la suite de la demande présentée le 4 juillet 2017 (art. 48 al. 1 LAI), admettant le besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

Le recourant reproche à l'office intimé de ne pas lui avoir accordé une allocation pour impotent de degré moyen dans la mesure où il nécessite une aide régulière et constante pour les actes « se vêtir », « manger » et « faire sa toilette ». Quant à l'acte « aller aux toilettes » également mentionné par le recourant (cf. mémoire de recours du 24 février 2020, ch. 8), il ne faisait pas partie des actes ordinaires de la vie visés par la démarche préconisée par l'enquêtrice auprès du dermatologue traitant (cf. également l'avis du Dr J. _____ du 22 novembre 2019). Seuls sont dès lors disputés au titre d'une aide nécessaire les actes « se vêtir », « manger » et « faire sa toilette ».

b) Il convient en premier lieu d'examiner, à la lumière du principe inquisitoire (art. 43 LPGA), à quelle mesure l'intimé était tenu de procéder et, le cas échéant, s'il y a effectivement procédé. En l'occurrence, la décision attaquée est fondée, d'une part, sur le rapport d'évaluation de l'impotence du 24 septembre 2018 et, d'autre part, sur l'avis du SMR du 22 novembre 2019 établi ensuite des renseignements complémentaires obtenus auprès du Dr R. _____, dermatologue traitant (courrier du 13 mars 2019), tenus pour déterminants. Or, comme le relève à juste titre le recourant, l'instruction effectuée à propos des répercussions de la maladie de Verneuil apparaît insuffisante dès lors que les réponses du médecin prénommé manquent sinon de clarté, du moins de la précision nécessaire pour déterminer, respectivement écarter, quels sont les actes de la vie quotidienne nécessitant, en raison de la pathologie dermatologique présentée par le recourant, l'aide régulière et constante d'un tiers. Même si le SMR avait sollicité l'avis du Dr R. _____, lequel avait confirmé que les mouvements étaient limités lors des épisodes de poussées inflammatoires, il n'en demeure pas moins qu'il aurait dû le réinterpeller, ne serait-ce que sur la fréquence passée de la survenance des kystes. Cette démarche s'imposait d'autant plus qu'il résultait expressément du rapport d'enquête du 24 septembre 2018 que, mise à part une période de trois à quatre jours par mois, le recourant devait être aidé pour chacun des actes de la vie quotidienne du fait des douleurs chroniques

induïtes par les kystes. Telle n'avait toutefois pas été l'appréciation du SMR, si bien que la valeur probante de l'avis médical du 22 novembre 2019 s'en trouve affectée. c) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, afin qu'il détermine sur la base des renseignements qu'il aura pu obtenir auprès des médecins, le cas échéant auprès d'autres intervenants, l'intensité et la fréquence de l'aide nécessaire pour les actes de la vie quotidienne tels que contestés dans le cadre de la présente procédure. 7. a) Par sa décision du 27 janvier 2020, l'intimé a octroyé au recourant une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} juillet 2016. En présence d'un besoin d'aide dès le mois de novembre 2013, l'intimé a qualifié la demande de prestations de tardive en application de l'art. 48 al. 1 LAI, n'accordant les prestations demandées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande le 4 juillet 2017, soit dès le 1^{er} juillet 2016. Le recourant réclame quant à lui des prestations arriérées depuis le 1^{er} novembre 2014. Doit dès lors être examinée la question de savoir si le recourant a droit à des prestations arriérées pour des périodes plus longues en application de l'art. 48 al. 2 LAI. b) Le recourant souffre certes de schizophrénie, maladie que la jurisprudence retient comme pouvant justifier l'empêchement propre au cas d'application de cette disposition. Toutefois, cette pathologie, les comorbidités somatiques et l'aide dont il avait besoin et qui lui était prodiguée à domicile ont donné lieu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité par décisions des 14 décembre 2015 et 18 février 2016. Par ailleurs, si la demande d'allocation pour impotent du recourant a été rédigée par un infirmier à domicile, son père, qui se chargeait de la gestion de ses affaires administratives, avait connaissance des prestations de l'assurance-invalidité, d'autant du reste que la mère est également au bénéfice de prestations de cette assurance (cf. rapport des Drs X. _____ et E. _____ du 23 janvier 2012, p. 2). On ne peut donc pas considérer que le recourant n'a pas pu connaître les faits à l'origine de son droit à l'allocation pour impotent avant juillet 2017, ni qu'il a agi dans le délai raisonnable de douze mois à compter de la reconnaissance du droit à la rente au moment du prononcé des deux décisions précitées, qui marque en l'occurrence un facteur objectif déterminant. Sur ce point, sa conclusion doit être rejetée et la décision attaquée confirmée, le début du droit à l'allocation pour impotent intervenant au 1^{er} juillet 2016, soit douze mois avant le dépôt de la demande tardive. 8. En définitive, le recours doit être partiellement admis. Si la décision du 27 janvier 2020 doit être confirmée en ce qu'elle a trait au début du droit à l'allocation pour impotent, elle est annulée en tant qu'elle concerne le degré d'impotence, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il complète l'instruction en procédant à un plus ample examen des besoins d'aide à domicile. 9. a) 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. répartis pour moitié à charge de l'intimé et pour l'autre moitié à charge du recourant, vu l'issue du litige. b) La partie recourante 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 1'200 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 la partie intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 27 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle porte sur l'évaluation du degré de l'impotence, la cause étant renvoyée audit office pour

qu'il statue conformément aux considérants sur le degré d'impotence d'Y._____. Elle est confirmée pour le surplus. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge d'Y._____. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Y._____ un montant de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alexandre Guyaz, avocat (pour Y._____), ■ 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.