

VD_GERICHTE ZD24.058501 vom 5. November 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.058501

FR: VD_GERICHTE ZD24.058501 du 5 novembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.058501 del 5 novembre 2025

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 384/24 – 344/2025 ZD24.058501 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 5 novembre 2025 _____ Composition : M. WIEDLER, président

Mmes Durussel et Livet, juges Greffier : M. Reding ***** Cause pendante entre :

O. _____, 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 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37, 38 et 87 al. 2 et 3 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est sans
formation. D'origine [...], il est arrivé en Suisse le [...]. Le 26 avril 2006, l'assuré a déposé
une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-
invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant avoir été atteint
par une balle de pistolet dans la partie supérieure de la jambe gauche durant la guerre de
[...], en 1998. Par rapport du 7 juillet 2006, la Dre E. _____, spécialiste en médecine
interne générale, a mis en évidence le diagnostic d'«[a]nkylose du genou gauche avec pied
tombant équin sur paralysie cliniquement complète du saphène poplité externe », tout en
soutenant que l'exercice d'une activité sédentaire était exigible de la part de son patient,
pour autant que ce dernier puisse porter une chaussure spéciale. Par décision du 30 janvier
2007, confirmant un projet de décision du 8 décembre 2006, l'OAI a nié à l'assuré le droit à
des prestations de l'assurance-invalidité. De mai 2007 à décembre 2009, l'assuré a été
employé par la société [...] SA en qualité d'ouvrier d'usine. B. Le 23 décembre 2009,
O. _____ a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité
auprès de l'OAI. Par rapport du 3 février 2010, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie
orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré avait fait
l'objet d'une ostéotomie avec pose d'un fixateur du fémur gauche en mars 2009, d'une
arthrodèse sous- astragalienne selon Lambrinudi du pied gauche en août 2009 et d'une
tentative d'arthrolyse du genou gauche en novembre 2009. Il était en incapacité de travail
depuis le début de la prise en charge chirurgicale,

- 3 - soit depuis mars 2009. La reprise d'une activité adaptée, soit une activité permettant
l'alternance des positions assise et debout et ne requérant pas de porter des charges de plus
de 15 kg ni de s'exposer aux intempéries et aux sols mouillés, était toutefois envisageable
dans un délai d'un ou deux mois. Dans un avis du 15 avril 2010, le Service médical régional
de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que l'assuré était en mesure de
travailler à 100 % dès le mois d'avril 2010, ce tant dans son activité habituelle que dans une
activité adaptée proscrivant le port de charges de plus de 15 kg, les longues marches et les
escaliers et permettant l'alternance des positions. Par décision du 22 juin 2010, confirmant
un projet de décision du 20 avril 2010, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré des prestations de
l'assurance-invalidité. Saisie sur recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal, dans un arrêt du 3 février 2011 (en la cause AI 291/10 – 51/2011), a annulé cette décision et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan orthopédique et examen du droit à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel. Reprenant l'instruction, l'OAI a recueilli un rapport établi le 16 mai 2011 par le Dr T. _____, lequel certifiait que l'assuré était théoriquement capable de travailler dans une activité sédentaire depuis le 31 août 2010. Par décision du 15 novembre 2011, confirmant un projet de décision du 12 juillet 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limité dans le temps pour la période du 1er juin au 30 novembre 2010. Le 15 décembre 2011, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision. Il a produit, à cette occasion, un rapport du 13 octobre 2011 du

- 4 - Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel mentionnait les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec syndrome somatique, d'état de stress post-traumatique et d'exposition aux catastrophes, une guerre et d'autres hostilités, et un rapport du 14 décembre 2011 de la Dre D. _____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle affirmait que l'état dépressif sévère était responsable d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis au moins un an. Dans un arrêt du 6 décembre 2012 (en la cause AI 364/11 – 344/2012), la Cour de céans a rayé la cause du rôle par suite du retrait du recours, l'OAI ayant estimé qu'une instruction sur le plan psychiatrique devait être menée au vu des nouvelles pièces versées au dossier. Par rapport du 31 août [recte : juillet] 2013, la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état du diagnostic notamment d'épisode dépressif moyen (CIM-10 [10e révision de la classification internationale des maladies] F32.1 ; depuis mai 2011), tout en attestant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier dès mars 2009 et de 100 % dans un cadre bureautique permettant d'alterner les positions assise et debout et de marcher. Par rapport du 4 février 2014, cette même médecin a déclaré que l'état de son patient s'était stabilisé, plus aucun symptôme de dépression n'étant à relever. Celui-ci pouvait assumer un travail de bureau dès ce jour. Par décision du 24 octobre 2014, confirmant un projet de décision du 20 août 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limité dans le temps du 1er mai 2012 au 31 mai 2014. C. Le 31 août 2017, O. _____ a déposé, auprès de l'OAI, une troisième demande de prestations.

- 5 - Par décision du 1er février 2018, confirmant un projet de décision du 23 octobre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande. D. Le 31 janvier 2018, O. _____ a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, annonçant avoir besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, pour se lever, s'asseoir et se coucher, pour accomplir les soins du corps et pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux, de même que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le 26 juillet 2018, l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assuré. Par rapport du 6 août 2018, l'évaluatrice a réfuté la nécessité d'une aide régulière et importante pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, tout en niant le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que de soins et d'une surveillance personnelle permanents. Par décision du 28 septembre 2018, confirmant un projet de décision du 14 août 2018, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une allocation pour impotent. E. Le 25 mai 2020, O. _____ a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurances-invalidité auprès de l'OAI. Par décision du 5 novembre 2020, confirmant un projet de décision du 11 août 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande. F. Le 9 novembre 2023, O. _____, dorénavant représenté par Me Jean-Michel Duc, a déposé une cinquième demande de

prestations auprès de l'OAI. A l'appui de cette dernière, il a versé au dossier : ■ un rapport du 9 mai 2023 des Drs L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et S. _____, médecin assistante, lesquels mettaient en évidence de graves séquelles au

- 6 - membre inférieur gauche suite au traumatisme et aux multiples opérations réalisées pouvant parler en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS) et des lombalgies d'origine multifactorielle dues à l'inégalité des membres inférieurs et à une discrète attitude scoliotique dextro-convexe avec bascule du bassin ; ■ un rapport du 19 octobre 2023 de ces mêmes médecins, lesquels soulignaient les diagnostics de lombalgies gauches chroniques mécaniques et de douleur chronique du membre inférieur gauche, tout en relevant une forte baisse du moral en raison de l'état de santé ; et ■ un rapport non daté de G. _____, ergothérapeute, lequel certifiait une capacité de travail limitée à 40 % du fait des douleurs. Par projet de décision du 11 janvier 2024, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande. Le 15 février 2024, l'assuré a formulé des objections quant à ce projet de décision. Puis, le 11 juin suivant, il a produit un rapport d'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) du 30 mai 2024 de la Dre Y. _____, spécialiste en neurologie, concluant à une absence totale d'innervation du membre inférieur gauche par le tronc sciatique, ainsi qu'à une atteinte du muscle quadriceps à gauche et en amont et à une dégénérescence du tronc fémoral (probablement secondaire à un manque d'utilisation musculaire et à une atrophie), et un rapport du 31 mai 2024 de la Dre D. _____, laquelle posait le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (CRPS), tout en certifiant une incapacité de travail de 60 %. Par décision du 24 septembre 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 janvier 2024. Le 17 octobre 2024, l'assuré a déféré cette décision devant la Cour de céans. Par arrêt du 3 octobre 2025 (en la cause AI 312/24 – 306/2025), celle-ci a rejeté le recours.

- 7 - G. Dans l'intervalle, O. _____ a déposé, le 11 juin 2024, une seconde demande d'allocation pour impotent, exposant avoir besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, ainsi que d'une surveillance personnelle et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. A l'appui de sa demande, il a, une nouvelle fois, produit les rapports des 9 mai et 19 octobre 2023 des Drs L. _____ et S. _____, le rapport d'ENMG du 30 mai 2024 de la Dre Y. _____, le rapport du 31 mai 2024 de la Dre D. _____ et le rapport non daté de l'ergothérapeute G. _____. Dans un avis du 5 septembre 2024, le SMR a considéré que l'assuré n'avait pas apporté de nouveaux éléments médicaux établissant de manière tangible une modification de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 28 septembre 2018. Par projet de décision du 13 septembre 2024, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il ne comptait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande. Le 17 octobre 2024, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, a formulé des objections quant à ce projet de décision. Dans un avis du 12 novembre 2024, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions. Par décision du 21 novembre 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 septembre 2024. H. Le 27 décembre 2024, O. _____, sous la plume de son conseil, a recouru à l'encontre de cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI afin que ce dernier entre en matière sur la demande du 11 juin 2024, instruisse la cause et rende une nouvelle décision. Il a par ailleurs requis la tenue d'une audience de débats publics. Par décision du 11 février 2025, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assuré, comprenant l'exonération

- 8 - d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, avec effet au 27 décembre 2024. Par réponse du 19 mars 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Par réplique du 4 avril 2025, l'assuré a confirmé ses conclusions. Interpellé par le juge instructeur, l'assuré a renoncé, par courrier du 21 octobre 2025, à la tenue d'une audience de débats publics. Un délai au 21 octobre 2025 a été imparti à Me Jean-Michel Duc pour produire sa liste des opérations. Celui-ci n'a toutefois pas donné suite à cette invitation. 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 – compte tenu des fêtes d'hiver (art. 38 al. 4 let. c LPGA) – 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.

- 9 - 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent déposée le 11 juin 2024 par le recourant. 3. L'entrée en vigueur le 1er janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent. 4. a) Lorsqu'une allocation pour impotent ou une contribution d'assistance a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou que le besoin d'aide ou de soins était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible qu'elle présente désormais une impotence ou que le besoin d'aide ou de soins s'est modifié de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). 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). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la

- 10 - personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est

écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2). 5. 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) Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI prévoit qu'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 l'atteinte à la santé est uniquement psychique, la personne n'est réputée impotente que si elle a droit à une rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42bis al. 5 LAI est réservé.

- 11 - 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). d) Les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent, selon la jurisprudence (ATF 133 V 450 consid. 7.2), 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). Si une personne assurée ne peut accomplir un acte ordinaire de la vie que d'une manière inhabituelle ou au prix d'un effort déraisonnable, on ne peut pas encore en déduire directement qu'elle a besoin d'aide et donc qu'elle est impotente au sens de l'art. 9 LPGA. Il est bien plutôt nécessaire que la personne assurée puisse accomplir l'acte de la vie en question avec l'aide d'un tiers d'une manière qui, par rapport à l'exercice autonome, corresponde aux usages habituels, respectivement implique moins d'efforts (ATF 150 V 83 consid. 4.3.2). Il n'y a pas d'impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.1 et la référence).

- 12 - Il ne peut y avoir d'impotence en relation avec des actes qui ne doivent pas être assumés quotidiennement (ATF 147 V 35 consid. 9.2.3 ; TF 9C_524/2023 du 20 mars 2024 consid. 6.2). e) 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_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3). Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. a RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers). Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. b RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur. Dans l'éventualité visée par l'art. 38 al. 1 let. c RAI, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable

- 13 - ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_308/2022 du 28 mars 2023 consid. 3.3). 6. a) En l'espèce, il incombe à la Cour de céans de déterminer si le recourant, dans ses démarches accomplies auprès de l'intimé jusqu'à la décision du 21 novembre 2024 – objet de la présente procédure – a établi de manière plausible que ses besoins d'assistance, d'accompagnement et de surveillance se sont modifiés par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision rendue par cette autorité le 28 septembre 2018, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen matériel du droit à cette prestation. b) A ce titre, l'intimé a fondé sa décision du 28 septembre 2018 précitée sur le rapport d'enquête à domicile du 6 août 2018. Il ressort de ce document que le recourant présentait principalement une symptomatologie douloureuse au niveau de la hanche gauche et de la région lombaire. Ces atteintes à la santé entraînaient une impossibilité à plier le genou et le pied gauches, une boiterie de la jambe gauche, laquelle limitait la distance et le temps de marche et nécessitait des pauses environ toutes les quinze minutes lors de longs déplacements, des trébuchements fréquents, un équilibre précaire, des difficultés à monter les escaliers et à mettre ou ôter les chaussettes et la chaussure du côté gauche, des douleurs à l'effort, lesquelles étaient peu soulagées par le traitement antalgique, des troubles de l'endormissement, des réveils fréquents et une fatigue à l'effort. Ces limitations n'empêchaient toutefois pas le recourant d'effectuer seul l'ensemble des actes ordinaires de la vie. Des soins et une surveillance personnelle permanents n'étaient pas non plus nécessaires, tout comme un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, compte tenu du fait que l'assuré était en mesure de « réaliser certains actes de la vie courante ». c) Dans le cadre de sa nouvelle demande d'allocation pour impotent du 11 juin 2024, le recourant a soutenu nécessiter de l'aide pour se vêtir et se dévêtir, ainsi qu'une surveillance personnelle et un

- 14 - accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Puis, dans son acte du 27 décembre 2024, il a précisé que son état de santé s'était aggravé depuis 2018, sous la forme de la diminution de son périmètre de marche et de sa mobilité du genou gauche, de la survenance de nouvelles pathologies, à savoir une coxarthrose douloureuse à la hanche gauche, des lombosciatalgies et un syndrome douloureux régional complexe (CRPS), de l'avènement d'une fatigue chronique causée par des troubles du sommeil et de son incapacité à désormais monter ou descendre une échelle, tout en relevant qu'il vivait seul depuis la séparation d'avec son épouse. Pour appuyer ses affirmations, il a transmis à l'OAI notamment les rapports des 9 mai et 19 octobre 2023 des Drs L. _____ et S. _____, le rapport du 31 mai 2024 de la Dre D. _____ et le rapport non daté de l'ergothérapeute G. _____. d) aa) Ainsi, s'agissant de l'acte consistant à se vêtir et à se dévêtir, le recourant a déclaré, dans sa seconde demande, rencontrer des difficultés pour mettre ses chaussettes et son pantalon. Or, dans son rapport d'enquête d'août 2018, l'évaluatrice expliquait déjà que l'assuré était capable, certes avec peine et à un rythme ralenti, d'« enfiler [seul] les vêtements du bas du corps et [...] ses chaussures orthopédiques en utilisant un chausse-pied ». Les Drs L. _____ et S. _____ ont par ailleurs indiqué, dans leur rapport du 19 octobre 2023 que leur patient s'habillait et se déshabillait de façon autonome. Dans ces conditions, on ne saurait retenir – même au stade de la simple vraisemblance – une aggravation de la situation sur ce plan. bb) En ce qui concerne l'acte de se déplacer, le recourant a affirmé, sur la base du rapport de son ergothérapeute, que son périmètre de marche s'était réduit depuis 2018. Or le simple fait qu'il ne serait désormais capable de marcher plus que pendant cinq à dix minutes avec l'aide de deux cannes (contre dix à quinze minutes avec une seule canne auparavant) ne suffit pas encore à rendre plausible une impotence à ce niveau. En effet, malgré les difficultés et les douleurs, il reste pleinement autonome dans ses déplacements, de sorte qu'un besoin d'aide régulière et importante n'apparaît pas nécessaire. Les observations de

- 15 - l'ergothérapeute sont au demeurant contredites par les Drs L. _____ et S. _____, lesquelles n'ont signalé aucune diminution du périmètre de marche par rapport à la situation prévalant en 2018, tout en spécifiant que l'assuré continuait de se déplacer avec une seule canne. Le recourant a en outre allégué une dégradation de la mobilité de son genou gauche, avec une flexion passive limitée dorénavant à 10° (comme attesté par les deux médecins précités dans leur rapport du 9 mai 2023), contre 15° auparavant (comme mesuré par le Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, dans un rapport du 3 mai 2011), ainsi qu'une raideur articulaire accrue de la cheville et du pied gauches. Ces éléments ne sont toutefois pas nouveaux, dès lors que l'enquêtrice à domicile avait déjà relevé que l'assuré n'arrivait à plier ni son genou ni son pied gauches. Il en est de même de l'existence d'un risque de chute mise en évidence dans le rapport du 19 octobre 2023 des Drs L. _____ et S. _____, cette même évaluatrice ayant pris acte du fait qu'il était « arrivé [à l'intéressé] de tomber, environ 2-3 fois par mois ». Le recourant s'est enfin plaint de ne plus être à même de monter ou de descendre une échelle, se fondant à ce titre sur un rapport du 2 septembre 2020 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Or, si on peut légitimement se poser la question de savoir si cette défaillance constitue effectivement une nouvelle limitation fonctionnelle, étant donné que – comme exposé ci-dessus – le rapport d'évaluation à domicile notait déjà, en 2018, une impossibilité à plier le genou et le pied gauches, le seul fait de ne pas pouvoir exécuter une telle action ne permet pas de retenir un besoin d'aide pour se déplacer (ou pour toute autre acte de la vie quotidienne d'ailleurs), à défaut pour l'assuré d'être confronté à ce

type de situation dans son quotidien. cc) Pour ce qui est du besoin de surveillance personnelle, il ne ressort pas des pièces versées par le recourant dans le cadre de sa demande du 11 juin 2024 que ce dernier mettrait en danger de façon très probable soit sa personne soit des tiers dans le cas de figure où il serait livré à lui-même (cf. TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1). Au contraire, il vit seul depuis la séparation d'avec son épouse, sans

- 16 - rencontrer de problème majeur sur ce plan. Une péjoration ne peut donc pas être retenue. dd) Concernant la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice a indiqué, dans son rapport d'août 2018, que le recourant effectuait « ponctuellement des petites choses de manière fractionnée », tout en précisant qu'il avait « la possibilité de préparer un repas simple pour les 4 enfants ». Ce besoin a par conséquent été nié. Cela étant, aucun élément au dossier ne permet de rendre plausible une aggravation de la situation à ce niveau depuis la décision de l'intimé de septembre 2018. L'assuré est ainsi toujours à même de vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne, dans la mesure où il est capable de structurer sa journée, de faire face aux situations du quotidien et de tenir son ménage. Sur ce dernier point, il ressort du rapport du 19 octobre 2023 des Drs L. _____ et S. _____ qu'il pouvait cuisiner des plats simples et rapides à domicile. Le fait que les courses, le ménage et la lessive soient réalisés par un de ses amis – comme expliqué dans le rapport susmentionné et le rapport de l'ergothérapeute – ne saurait remettre en cause ce constat. En effet, au vu de ses limitations fonctionnelles (soit un port de charges limité à 15 kg et un périmètre de marche restreint, avec nécessité de faire souvent des pauses) et parce qu'il est capable de conduire un véhicule, il s'avère exigible de sa part qu'il accomplisse lui-même ces tâches ménagères, quand bien même ses atteintes à la santé rendraient ces démarches plus chronophages et difficiles. Il apparaît par ailleurs que l'assuré est toujours en état de se déplacer seul pour ses rendez-vous à l'extérieur, soit à pied soit en voiture, dès lors que comme signalé dans le rapport de l'ergothérapeute et le rapport du 31 mai 2024 de la Dre D. _____, il exerce aujourd'hui l'activité de chauffeur de taxi à temps partiel. Pour finir, étant donné qu'il maintient le contact avec ses enfants et qu'il fréquente régulièrement un cercle d'amis proches – comme mentionné par l'ergothérapeute dans son rapport –, un risque important d'isolement durable du monde extérieur ne peut être retenu.

- 17 - ee) Le recourant a de surcroît relevé que depuis la séparation d'avec son épouse, il ne bénéficiait plus du soutien de sa famille pour la réalisation de certaines tâches de la vie quotidienne. Ce changement de statut avait de ce fait un impact négatif sur sa situation. Le raisonnement de l'assuré ne saurait cependant être suivi. En effet, il ressort du rapport d'enquête d'août 2018 que l'aide apportée par l'épouse et les enfants était « irrégulière et non importante », si bien qu'elle n'avait pas été prise en compte dans l'examen de l'impotence. Le recourant était ainsi capable de s'habiller, de se déshabiller, de se coucher, de se lever, de se laver, de se doucher et de se déplacer seul. Dans ces conditions, la perte d'un soutien familial qui ne pouvait être qualifié ni de régulier ni d'important au sens de l'art. 37 al. 3 RAI (cf. supra consid. 5c) n'est pas susceptible de rendre plausible une péjoration de l'impotence. ff) Le recourant a encore fait état de l'apparition après 2018 de lombosciatalgies, d'une coxarthrose gauche, d'une fatigue chronique provoquée par des troubles du sommeil et d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS), lesquels auraient, selon lui, augmenté ses douleurs et ses limitations fonctionnelles. Or, contrairement à son avis, on ne saurait considérer ces trois premières atteintes comme

nouvelles. Il ressort en effet du rapport d'évaluation du 6 août 2018 (de même que des rapports des 13 octobre 2011, 21 novembre 2014 et 13 décembre 2017 des Drs N. _____, X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D. _____) que l'assuré présente depuis longtemps des maux au niveau du dos et des troubles de l'endormissement avec réveils fréquents. Il en est de même de la coxarthrose, dans la mesure où l'enquêtrice à domicile a exposé que le recourant se plaignait de coxalgies. Partant, il est sans importance que le diagnostic de coxarthrose n'ait été posé que dans un second temps. Quant au syndrome douloureux régional complexe (CRPS) – lequel, pour rappel, constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (cf. TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.1) –, l'assuré a toujours évoqué des douleurs dans sa jambe gauche irradiant jusque dans le dos. Ces dernières ont alors été prises en compte en 2018, au

- 18 - moment de se prononcer sur l'impotence. Dans ces circonstances et en l'absence d'indication précise sur les effets de cette pathologie, le seul fait de poser un nouveau diagnostic ne permet pas encore de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant. Il s'ensuit que les critiques de ce dernier relatives aux compétences et connaissances médicales du Dr [...], médecin praticien auprès du SMR, lequel a rejeté le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (CRPS) dans un avis du 20 juin 2024, se révèlent dénuées de pertinence. e) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé depuis la décision 28 septembre 2018, laquelle justifierait l'octroi d'une allocation pour impotent. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 11 juin 2024. 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 21 novembre 2024 par l'intimé confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge 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 n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

- 19 - e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 21 novembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'O. _____, est arrêtée à 1'200 fr. (mille deux cents francs), débours et TVA compris. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art.

18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. Le président : Le greffier :

- 20 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc (pour O. _____), - 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). Le greffier :

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