

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mai 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

C._____, à (...), recourant, représenté par Me Luc Del Rizzo, avocat à
Monthey,

et

N._____, à Vevey, intimée.

Art. 9 LPGA ; art. 43^{bis} LAVS ; art. 42 LAI

E n f a i t :

A. C. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès 1983. La rente a été maintenue jusqu'en 2009, année où il a atteint l'âge ordinaire de la retraite.

Le 20 janvier 2011, il a déposé une demande d'allocation pour impotent AVS/AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI).

Par décision du 8 août 2011, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après: la caisse ou l'intimée) a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1^{er} janvier 2010, en raison d'un besoin d'aide régulier et important pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants: "se vêtir/se dévêtir", "se lever/s'asseoir/se coucher", "faire sa toilette", "aller aux toilettes" et "se déplacer".

B. Le 16 janvier 2015, l'OAI a engagé une procédure de révision du droit à cette prestation.

Une enquête au domicile de l'assuré a été mise en œuvre par l'OAI, le 10 septembre 2015. Dans un rapport du 16 septembre 2015, l'enquêtrice a observé que l'assuré avait gagné en autonomie. L'état de santé ne s'était pas amélioré, mais le dommage avait été réduit par l'utilisation de moyens auxiliaires (adaptation de la salle de bain, surélévation du lit, acquisition de petits moyens auxiliaires) et par un séjour de rééducation à la Clinique de [...] en mars 2014. Au final, l'assuré avait encore besoin d'une aide régulière et importante pour la toilette, les déplacements à l'extérieur et pour les soins permanents. L'assuré avait présenté une aggravation de son état de santé en avril 2015 à la suite d'une fracture de la hanche droite mais la durée de cette aggravation était inférieure à trois mois.

Sur la base des constatations effectuées par l'OAI, la caisse a réduit, par décision du 23 novembre 2015, l'allocation servie à l'assuré à une impotence de degré faible avec effet au 1^{er} janvier 2016. En substance, elle a considéré, sur la base d'un préavis de l'OAI, que l'aide de tiers était nécessaire pour deux actes ordinaires de la vie ("faire sa toilette" et "se déplacer/entretenir des contacts sociaux") et que son état de santé requérait également des soins permanents. Les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence moyenne n'étaient par conséquent plus remplies.

Par courrier recommandé du 4 avril 2016 adressé à l'OAI, l'assuré a demandé la « reconsidération » de la décision du 23 novembre 2015. A l'appui de sa requête, il a joint un rapport médical du 30 mars 2016 du Dr R. _____, médecin traitant. Il a par ailleurs expliqué n'avoir pas pu faire « recours » dans le délai en raison d'un séjour à l'étranger.

En réponse à ce pli, l'OAI a écrit à l'assuré le 19 avril 2016 une lettre libellée en ces termes :

« Nous accusons réception de votre courrier du 4 avril 2016 concernant la décision du 23 novembre 2015.

A ce sujet, nous vous prions de prendre note que cette décision est entrée en force le 23 décembre 2015 et que le délai de recours est dépassé.

Néanmoins, si votre état de santé s'est aggravé depuis le début de l'année 2016, nous vous prions de remplir un questionnaire de révision en nous mentionnant la date de l'aggravation de votre état de santé.

Ce questionnaire devra être accompagné d'un rapport médical de votre médecin traitant, mentionnant entre autres, vos limitations fonctionnelles, vos atteintes à la santé, la date de l'aggravation de votre état de santé justifiant un nouveau besoin d'aide et pour quel(s) acte(s) ordinaire(s) de la vie. »

Le 5 mai 2016, l'assuré a déclaré faire opposition au courrier du 19 avril 2016.

En date du 20 mai 2016, l'OAI a maintenu sa position selon laquelle la décision du 23 novembre 2015 était entrée en force.

A réception du questionnaire complété par l'assuré le 23 juin 2016, l'OAI a ouvert et instruit une procédure de révision de la décision du 23 novembre 2015.

Par décision du 1^{er} septembre 2016, la caisse n'est pas entrée en matière sur la demande de révision déposée par l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 23 novembre 2015.

Le 6 octobre 2016, l'assuré, désormais représenté par son conseil Me Luc Del Rizzo, s'est opposé à la décision du 1^{er} septembre 2016. Tout en déclarant maintenir son opposition du 4 avril 2016 à la décision du 23 novembre 2015, il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu au motif que l'OAI n'aurait pas recueilli les éléments nécessaires au prononcé de dite décision. Sur le fond, il a allégué que l'aggravation de son état de santé avait notamment été attestée par le Dr R. _____ dans son rapport du 30 mars 2016, de sorte que c'était à tort que l'OAI avait réduit le degré d'impotence. L'assuré estimait au demeurant que les conditions d'une reconsidération étaient remplies, arguant à cet égard d'une modification de la situation de fait.

Par courrier du 25 novembre 2016, l'OAI a répondu ce qui suit :

« Nous nous référons à votre courrier du 6 octobre 2016 et vous informons que la décision du 23 novembre 2015 est entrée en force (cf. nos lettres des 19 avril 2016 et 20 mai 2016). Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir.

Votre opposition contre la décision du 1^{er} septembre 2016 concernant la demande de révision du 23 juin 2016 sera examinée dès que possible. »

Statuant sur l'opposition formée par l'assuré à la décision du 1^{er} septembre 2016, la caisse l'a rejetée par décision sur opposition du 12 décembre 2016. Elle a en bref considéré que les rapports médicaux du

Dr R. _____ ne décrivait pas de nouvelles limitations fonctionnelles, susceptibles de justifier une aggravation de l'état de santé. En outre, l'octroi de moyens auxiliaires sous la forme de la prise en charge d'un scooter électrique devait permettre une réduction du dommage, de sorte que l'assuré ne saurait en déduire une dégradation de son état de santé motivant une reconsidération.

C. Par arrêt du 13 novembre 2017 (AVS 3/17 - 50/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 12 décembre 2016, la caisse intimée étant invitée à rendre une décision sur l'opposition du 4 avril 2016 formée par l'assuré à sa décision du 23 novembre 2015. En substance, la Cour a retenu qu'il ne relevait pas de la compétence de l'OAI de se prononcer sur le caractère tardif d'une opposition à une décision de la caisse, respectivement sur le caractère exécutoire d'une décision de la caisse. Il incombait à l'OAI de transmettre les courriers de l'assuré des 4 avril et 5 mai 2016 à la caisse intimée comme objet de sa compétence, à charge pour celle-ci d'en examiner leur recevabilité. L'absence de décision rendue par l'autorité compétente sur une écriture qui constituait une opposition à la décision du 23 novembre 2015 relevait du déni de justice. En conséquence, cette décision n'était pas exécutoire. Une procédure de révision ne pouvait pas être introduite s'agissant d'une décision non exécutoire (art. 17 al. 2 LPGA), avec pour corollaire que la décision sur opposition du 12 décembre 2016 devait être annulée pour des motifs formels.

Faisant suite à cet arrêt, la caisse a rendu une décision sur opposition le 29 janvier 2018 par laquelle elle a constaté que l'opposition formée par l'assuré le 4 avril 2016 à l'encontre de la décision du 23 novembre 2015 était tardive et par conséquent irrecevable. Par courrier du 2 mars 2018, l'assuré a indiqué qu'il n'entendait pas contester cette décision sur opposition.

Dans l'intervalle, l'OAI a informé l'assuré par courrier du 18 janvier 2018 que les pièces médicales jointes à l'écriture de recours du 31 août 2017 avaient rendu probable une modification de son impotence, depuis juillet 2017. Il s'est notamment fondé sur les documents suivants :

- rapport médical du 18 août 2017 établi par le Dr R. _____ selon lequel l'état de santé et les capacités de l'assuré se sont sensiblement détériorés depuis douze mois, avec notamment des chutes à répétition et des luxations de sa prothèse de hanche récurrentes. Sa dernière hospitalisation avait permis un changement de prothèse mais sans amélioration de sa dépendance.

- avis SMR du 15 janvier 2018 établi par la Dresse Z. _____, selon laquelle de nouvelles pièces au dossier font état d'une aggravation potentielle depuis juillet 2017 avec des épisodes de luxation à répétition de la hanche gauche aboutissant à un changement de prothèse gauche le 18 juillet 2017. L'évolution semblait favorable avec un assuré qui retournait à domicile le 4 août 2017 suite à une réadaptation, mais une diminution de l'autonomie constatée en 2015 n'était pas exclue. Une aggravation de l'état de santé était possible depuis juillet 2017 qui nécessiterait une aide pour l'habillage et se lever/se coucher.

Dans ce contexte, l'OAI a indiqué reprendre l'instruction de la demande de révision du 23 juin 2016.

Le 16 mars 2018, il a mis en œuvre une seconde enquête au domicile de l'assuré. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice a observé qu'une aide supplémentaire était nécessaire depuis juillet 2017 pour l'acte « se vêtir/se dévêtir. Le besoin d'aide régulière et important pour accomplir les actes « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir

des contacts sociaux » restait inchangé. S'agissant de l'aide permanente pour les soins de base ou pour suivre un traitement, l'enquêtrice a signalé qu'il restait pris en compte pour mettre et enlever les bas de contention.

Le 23 mars 2018, la Caisse a rendu une décision de refus d'augmentation de l'allocation pour impotent, en particulier pour les motifs suivants :

« Une allocation pour impotent de degré faible est versée depuis le 01.01.2016 en raison d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants.

- « faire sa toilette »
- « se déplacer/entretenir des contacts sociaux »

Ainsi que pour des soins permanents.

Dans le cadre de la révision sur demande ouverte en date du 23.06.2016 une visite a été réalisée le 16.03.2018 afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide nécessaire pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons qu'une aide supplémentaire est nécessaire depuis juillet 2017 pour exécuter l'acte suivant :

- « se vêtir / se dévêtir »

Cependant ceci ne modifie pas le droit à l'allocation pour impotent qui demeure de degré faible ».

Le 19 avril 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant à l'octroi d'une allocation pour impotence grave, subsidiairement pour impotence moyenne, dès le 1^{er} janvier 2016. En substance, il a allégué que l'aggravation de son état de santé avait notamment été attestée par le Dr R. _____ dans ses divers rapports. Il a par ailleurs précisé qu'il avait besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessitait en outre des soins permanents ou une surveillance personnelle.

Statuant sur l'opposition formée par l'assuré, la caisse l'a rejetée par décision sur opposition du 15 août 2018, renvoyant pour l'essentiel aux conclusions du rapport d'enquête à domicile du 16 mars 2018.

D. Par acte du 31 août 2018, C._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 15 août 2018. Sous suite de frais et dépens, il conclut, principalement, à la réforme de la décision sur opposition entreprise en ce sens qu'il lui est octroyé une allocation pour impotent de degré grave et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre afin de déterminer son degré d'impotence. Reprenant sur le fond les arguments développés dans son opposition du 19 avril 2018, l'assuré a allégué être totalement dépendant des aides externes qu'il reçoit et avoir constamment besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie. Il a en particulier besoin d'une aide pour l'acte « se lever, s'asseoir, se coucher », en raison de ses difficultés à se déplacer et est par ailleurs dépendant de l'aide de son épouse pour manger ainsi que pour aller aux toilettes. Le recourant allègue également une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'OAI s'est déterminé sans qu'aucune expertise médicale n'ait été effectuée. Il considère enfin que l'intimée a fait preuve d'un abus de son pouvoir d'appréciation, en statuant sur la base des seules pièces au dossier, sans avoir été examiné par les médecins du SMR.

Dans sa réponse du 30 octobre 2018, l'intimée a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition querellée, considérant en substance que le rapport d'enquête à domicile du 19 mars 2018 était probant et ne permettait pas d'admettre un besoin d'aide pour les actes « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger » et « aller aux toilettes ».

Par réplique du 21 novembre 2018, le recourant a requis l'audition de son épouse ainsi que du Dr R._____ au titre de mesures d'instruction. Il a par ailleurs reproché à l'intimée de n'avoir pas tenu compte des avis médicaux du Dr R._____ et d'avoir fondé sa décision sur la seule base du rapport d'enquête à domicile.

Par courrier du 12 décembre 2018, l'intimée a considéré que les arguments développés dans la réplique du 21 novembre 2018 n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision.

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-vieillesse et survivants (art. 1 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Les décisions et les décisions sur opposition prises par les caisses cantonales de compensation peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton où la caisse de compensation a son siège (art. 56 al. 1 LPGA et 84 LAVS), 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 une allocation pour impotent de degré grave, respectivement de degré moyen, en lieu et place d'une allocation pour impotent de degré faible.

Dans la mesure où il porte sur le résultat de l'appréciation des preuves, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond avec celui de la constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que le recourant soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

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.

Suivant l'art. 43^{bis} al. 1 LAVS, ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse domiciliés en Suisse qui présentent une impotence grave, moyenne ou faible. Aux termes de l'art. 43^{bis} al. 5 LAVS, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) sont applicables par analogie en ce qui concerne la notion et l'évaluation de l'impotence. Il incombe aux offices de l'assurance-invalidité de fixer le taux d'impotence à l'intention des caisses de compensation.

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents 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). 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).

b) aa) 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.

bb) 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).

cc) 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).

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).

d) 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).

e) On ajoutera que, conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (RCC 1989 p. 228 et les références citées ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

b) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si l'impotence s'améliore ou si le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité

s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

c) Si l'impotence ou le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

5. a) En l'espèce, il convient d'examiner s'il existe un motif de révision du droit à la prestation. Le point de départ de l'examen d'un changement des circonstances déterminantes propres à influencer le droit à la prestation en cause est la date de l'enquête du 16 septembre 2015. Celle-ci est à l'origine de la décision du 23 novembre 2015, qui n'est cependant devenue exécutoire qu'au stade de la décision sur opposition du 29 janvier 2018. Il s'agit donc de déterminer si le besoin d'aide s'est modifié depuis la dernière enquête du 16 septembre 2015.

b) Le recourant soutient qu'il a droit à une aide régulière et importante pour tous les actes ordinaires de la vie, de soins permanents et d'une surveillance personnelle permanente, ce qui doit lui ouvrir le droit à une allocation pour impotence grave.

Le besoin d'aide reconnu par l'intimée dans le cadre de la décision litigieuse du 15 août 2018 correspond à celui déjà retenu lors de

l'enquête du 16 septembre 2015 - soit concernant les actes de « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » et « faire sa toilette », l'état de santé nécessitant toujours des soins permanents. L'intimée a reconnu en sus un besoin d'aide pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » depuis juillet 2017, maintenant toutefois le droit du recourant à une allocation pour impotence légère.

Il s'agit en conséquence de déterminer si l'intéressé a besoin, ainsi qu'il l'allègue, d'une aide pour les actes "se lever, s'asseoir et se coucher", "manger", "aller aux toilettes" et s'il nécessite une surveillance personnelle permanente, besoins que l'intimée n'a pas reconnu, se fondant principalement sur le rapport d'enquête à domicile du 19 mars 2018.

c) 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 et 128 V 93).

Dans le cas d'espèce, aucun constat d'erreurs manifestes ne saurait s'imposer, le rapport d'enquête du 16 mars 2018 remplissant les réquisits jurisprudentiels en matière de force probante. On relèvera d'ailleurs à cet égard que le recourant n'a pas critiqué la retranscription de ses déclarations par l'enquêtrice. Le rapport d'enquête du 16 mars 2018 constitue dès lors une base fiable de décision.

6. a) S'agissant de l'acte "se lever, s'asseoir, se coucher", il y a impotence lorsqu'il est impossible à l'assuré de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. S'il peut néanmoins effectuer des changements de position lui-même, il n'y pas impotence. Les différentes situations doivent être évaluées séparément (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 16 à 18 ad art. 42 LAI et la jurisprudence citée).

Selon les constatations de l'enquêtrice relatives à l'acte "se lever", le recourant se mobilise seul dans son lit, à l'aide de la potence. Il est par conséquent capable de passer seul de la position couchée à assise sur le bord du lit, sans aide d'une personne. Pour passer de la station assise à la station debout, l'enquêtrice a constaté que l'épouse vient donner le bras à l'assuré pour qu'il puisse prendre appui pour se lever du lit. L'assuré a cependant admis qu'il utilisait les barres de soutien installées à son lit lorsque son épouse n'était pas là afin de se lever seul. L'enquêtrice a indiqué à cet égard avoir dû revenir sur ce point à plusieurs reprises lors de l'entretien, constatant qu'il était difficile tant pour l'assuré, ainsi que pour son épouse, de faire la différence entre un besoin de moyen auxiliaire et le besoin de l'aide d'une personne (rapport d'enquête du 16 mars 2018, point 5. Remarques). L'assuré a néanmoins confirmé expressément qu'il pouvait se lever seul en l'absence de son épouse grâce à l'utilisation de moyens auxiliaires.

S'agissant de la fonction "s'asseoir", l'enquête a permis de constater que l'assuré est capable de s'asseoir de manière autonome sur son lit et sur son fauteuil roulant. Il peut se relever seul, pour autant qu'il puisse prendre appui avec ses membres supérieurs pour donner l'impulsion. Cette contrainte ne suffit pas pour reconnaître un besoin d'aide pour effectuer l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » au sens où l'entend la loi. En effet, pour justifier une impotence, il faut tout d'abord que l'aide requise soit importante et régulière. Or, tel n'est pas le cas en

l'espèce, puisque, aux dires de l'assuré, ce n'est que lorsqu'un appui fait défaut qu'il nécessite une aide directe pour se lever.

Enfin, l'assuré est en mesure d'accomplir seul l'acte « se coucher », étant rappelé qu'il peut se mobiliser seul dans son lit. Comme pour se lever, une aide est signalée par l'épouse, mais l'enquêtrice a constaté que l'assuré pouvant monter et descendre quelques marches d'escalier s'il était accompagné, de sorte qu'il n'existait pas d'éléments laissant supposer qu'il ne pouvait pas mettre ses jambes dans son lit. Elle a par ailleurs observé qu'il avait soulevé seul sa jambe gauche afin de l'installer en hauteur sur un tabouret.

Dans le cadre de son recours, le recourant soutient qu'il a un besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher, au motif qu'il ne peut pas sortir seul pour marcher ou pour prendre les transports publics et qu'il éprouve de grandes difficultés pour marcher, y compris sur de très courtes distances comme pour aller aux toilettes par exemple (p. 9 recours du 31 août 2018). Il sied cependant de constater que les actes décrits par le recourant doivent être pris en considération dans le besoin d'aide déjà reconnu pour l'acte « se déplacer » (à l'extérieur) et ne concerne en rien les fonctions de se lever, s'asseoir ou se coucher.

En tout état de cause, dès lors que l'assuré est capable de passer de la position couchée à la position assise, puis à la position debout (soit de se lever), ainsi qu'inversement (soit de se coucher), il s'agit de retenir qu'il n'existe pas d'impotence pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ».

b) Concernant l'alimentation, il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul mais seulement d'une manière non usuelle, lorsqu'il ne peut pas couper ses aliments lui-même ou lorsqu'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts. Il y a également impotence lorsque l'assuré ne peut pas du tout se servir d'un couteau et donc pas même se préparer une tartine (Valterio, *op. cit.*, n° 19 et 20 ad. art. 42 LAI) .

En l'occurrence, l'assuré signale un besoin d'aide en lien avec des difficultés dentaires. Il ressort cependant du rapport d'enquête qu'une aide est nécessaire uniquement pour couper la viande. A cet égard, on retiendra que si l'assuré présente des difficultés pour couper, respectivement découper sa viande, il existe des moyens auxiliaires simples et peu coûteux, dont l'utilisation peut être exigée de l'assuré en vertu de son obligation de diminuer le dommage, lesquels lui permettraient d'effectuer ces tâches (planche et couteau ergonomique, etc. ; TF 9C_525/2014 du 18 août 2014 consid. 6.3). Au demeurant, on soulignera que si le recourant a besoin d'aide pour couper des aliments durs, tel que de la viande, ce besoin n'est ni régulier ni important dès lors que de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours (TF 8C_30/2010 du 8 avril 2010 consid. 6.2). Si l'aide dont a besoin l'assuré se limite à la découpe de sa viande et qu'il ne prétend pas avoir besoin d'une aide plus étendue pour s'alimenter, il ne se justifie pas de s'écarter des constatations du rapport d'enquête du 19 mars 2018 niant un besoin d'aide pour l'acte manger.

c) S'agissant de l'acte "aller aux toilettes", il y a impotence lorsque l'assuré a besoin d'un tiers pour vérifier son hygiène, l'aider à se rhabiller ou l'aider à s'asseoir ou se relever. Un tel besoin d'aide doit également être admis lorsque l'assuré est apte à se déplacer seul jusqu'aux toilettes, mais que la rapidité dont il fait preuve pour y accéder et se dévêtir est insuffisante ou lorsqu'un il n'est pas en mesure de s'essuyer correctement sans l'aide d'un tiers après être allé aux toilettes (Valterio, *op. cit.*, n° 22 à 24 ad art. 42 LAI).

En l'occurrence, l'appréciation du besoin d'aide faite par l'enquêtrice ne prête pas flanc à la critique, l'assuré ayant précisé dans le cadre de l'entretien qu'il se rendait seul aux toilettes et ne demandait pour l'instant pas d'aide régulière et importante.

d) Le recourant n'apporte pas d'élément remettant sérieusement en cause les conclusions de l'enquête précitée. Contrairement à ce qu'il fait valoir, les rapports médicaux au dossier établi par son médecin traitant ne permettent pas d'établir un besoin d'aide régulière et importante d'un tiers pour tous les actes ordinaires de la vie. Dans son rapport du 7 juillet 2016, le Dr R. _____ indique certes que le recourant vit au quotidien un impact très fort de son état de santé sur la réalisation des actes de la vie quotidienne, indiquant qu'il ne peut plus faire sa toilette normale seul car il doit rester assis, qu'il ne peut plus s'habiller et se déshabiller seul, et qu'il ne peut plus se déplacer seul à l'extérieur et seulement avec difficulté à domicile. Cela étant, on relèvera que les limitations évoquées par ce médecin concernent des actes pour lesquels l'OAI a d'ores et déjà reconnu un besoin d'aide donnant lieu à une allocation pour impotent de degré faible (habillement, déplacements et soins corporels). Le rapport du 18 août 2017 du Dr R. _____ ne contredit au demeurant pas les conclusions du rapport d'enquête établi pour le compte de l'intimée. En effet, le Dr R. _____ évoque une détérioration de l'état de santé en lien avec des chutes à répétition et des luxations de sa prothèse de hanche récurrente. Cela étant, celle-ci a été opérée et remplacée avec succès le 18 juillet 2017 (cf. rapport du 12 juillet 2017 établi par les Drs [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie du l'appareil locomoteur à l'Hôpital [...]). L'intervention a été suivie d'un séjour au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital [...], pour rééducation, au terme duquel les médecins en charge de l'assuré ont indiqué qu'il avait fait des progrès, qu'il était autonome pour certaines de ses activités de la vie quotidienne comme en témoignait l'évolution de sa MIF (Mesure de l'indépendance fonctionnelle) passant de 81 à 91/126 et qu'il retournait à domicile le 4 août 2017 avec l'aide du CMS ("lettre provisoire" du 11 août 2017 établi par le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital [...]). Aucun élément au dossier ne plaide en faveur d'une évolution défavorable de l'état de santé du recourant en lien avec sa hanche. Il apparaît au contraire que l'opération subie aura permis à l'assuré de s'épargner des luxations de la hanche gauche à répétition dont il souffrait.

Nécessitant une aide régulière et importante pour effectuer trois actes ordinaires de la vie, l'assuré ne réalise pas les conditions d'une impotence de degré grave, laquelle se rapporte aux six actes ordinaires de la vie.

e) Reste néanmoins à examiner si le recourant rempli les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence de degré moyen au sens de l'art. 37 al. 2 let. b RAI. La let. a de cette disposition n'entre pas en considération puisqu'elle trouve à s'appliquer lorsque l'assuré doit recourir à l'aide de tiers pour au moins quatre actes ordinaires de la vie (arrêt 9C_560/2017 du 17 octobre 2017 consid. 2 et la référence), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Au sens de l'art. 37 al. 2 let b LAI, l'impotence de degré moyen implique que l'assuré ait besoin 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. La notion de surveillance personnelle permanente 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 à l'un des titres des actes ordinaires 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 (TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références citées ; 8035 et 8036 CIIAI).

En l'occurrence, l'enquêtrice n'a pas retenu de besoin de surveillance personnelle permanente. Les allégations de l'assuré selon lesquels il n'est pas capable de vivre de manière indépendante sans l'accompagnement de son épouse, de faire face aux nécessités de la vie et d'établir des contacts sociaux (cf. recours, point 4.2.3, p. 10) ne suffisent pas à admettre la réalité d'un tel besoin, et ne sont étayées par aucun document médical. On constatera au contraire que l'assuré, selon ses propres déclarations, a pu rester seul à son domicile pendant plusieurs mois lorsque son épouse s'est rendue à l'étranger pour raisons familiales, et qu'il a pu maintenir son autonomie en faisant usage des moyens auxiliaires à disposition. Il peut par ailleurs se déplacer à l'extérieur avec son scooter électrique, même sur de longue distance (cf. rapport du Dr R. _____ du 20 octobre 2017 qui fait état de trajets en scooter de l'assuré entre son domicile à [...], et [...] et [...]).

On précisera encore que les soins permanents, reconnus par l'intimée pour mettre et enlever les bas de contention, ne relève pas de l'art. 37 al. 2 RAI mais de l'art. 37 al. 1 RAI uniquement (dans ce sens, Valterio, op. cit., n°42 ad art. 42 LAI), de sorte qu'ils ne déterminent pas les conditions d'octroi de l'allocation pour impotence de degré moyen.

f) Au vu des éléments au dossier, l'intimé pouvait à juste titre constater, sur la base des pièces médicales au dossier, notamment sur la base de l'analyse du dossier médical effectuée par la Dresse Z._____, que le recourant ne présentait pas, par rapport à la situation prévalant lors de l'enquête du 16 septembre 2015, une péjoration notable de son état de santé ni une aggravation de son invalidité pouvant lui ouvrir droit à une allocation pour impotent plus importante. L'OAI n'était pas tenu de le convoquer pour un examen clinique par les médecins du SMR. Il pouvait renoncer à un tel examen sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier. En effet, l'assureur administre les moyens de preuve propres et nécessaires à établir les faits pertinents. L'assureur dispose à cet égard d'un large pouvoir d'appréciation dans le choix des mesures d'instruction qu'il souhaite mettre en œuvre. Il n'a cependant pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (Jacques Olivier Piguet, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 10 ad art. 43 LPGA).

On ajoutera au demeurant qu'un examen clinique par le SMR ne saurait être exigé systématiquement. En l'occurrence, l'enquête au domicile de l'assuré était primordiale et a été préférée à juste titre à un examen médical dans la mesure où il convenait d'apprécier le besoin d'aide sur place, en observant la gestuelle et la mobilité de l'assuré dans son environnement habituel, en fonction de la disposition de son logement et de son mobilier, ce qu'un examen dans un cabinet médical n'aurait pas pu remplacer.

Au vu de ce qui précède, dans la mesure où l'assuré présente un besoin d'aide pour trois actes de vie et qu'il ne nécessite au surplus pas de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let b LAI,

c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'augmenter l'allocation pour impotent de gravité faible déjà allouée. En présence d'une modification portant uniquement sur un seul nouveau besoin d'aide, en l'occurrence pour se vêtir, ceci depuis juillet 2017, le degré de gravité de l'impotence reste en effet inchangé.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de l'intimée du 19 mars 2018.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision du juge instructeur du 5 septembre 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 août 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Luc del Rizzo. Sur la base de la liste des opérations produite le 7 janvier 2019, il convient d'arrêter à 2'334 fr. l'indemnité de Me del Rizzo, correspondant à 12 heures et 58 minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 116 fr. 65, fixés forfaitairement conformément à l'art. 3bis du règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RA] ; BLV 211.02.3], entré en vigueur le 1^{er} mai 2019, et la TVA au taux de 7,7 % par 188 fr. 70, ce qui représente un montant total de 2'639 fr. 35 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 15 août 2018 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Luc del Rizzo, conseil du recourant, est arrêtée à 2'639 fr. 35 (deux mille six cent trente-neuf francs et trente-cinq centimes), débours et TVA inclus.
- 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Luc del Rizzo, avocat à Lausanne (pour C. _____),
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :