

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juillet 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente

MM. Neu et Métral, juges

Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS, à Vevey,
intimée.

**Art. 9, 17 al. 2 LPGA ; art. 43^{bis} LAVS ; art. 42 LAI ; art. 37, 88a al.
2 RAI**

E n f a i t :

A. a) C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est au bénéfice d'une rente AI entière depuis le 1^{er} juillet 1999 en raison d'une maladie de Crohn évolutive. Il a en outre pu obtenir des moyens auxiliaires sous la forme d'appareils acoustiques dès 2001.

b) L'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent AVS datée du 30 mai 2017 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), faisant valoir que, depuis 2014, il avait besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « les soins du corps » et « se déplacer ». Il a ajouté qu'il avait besoin de soins permanents en ce sens que sa fille lui préparait ses médicaments dans un semainier.

Dans un rapport du 23 juin 2017, le Dr L. _____, médecin généraliste, a posé les diagnostics suivants : maladie de Crohn iléocolique, status après résection iléocaecale en raison d'une sténose étendue avec subileus, diverticulose calme du côlon et du sigmoïde, anastomosite, carence protéino-calorique avec perte de poids, status après PTH (prothèse totale de la hanche) sur décompensation d'une coxarthrose droite et status après PTH gauche sans complication hémorragique. Il a ensuite déclaré que l'assuré ne nécessitait aucune aide régulière et importante pour les actes ordinaires de la vie, ni de soins permanents. A sa connaissance, l'intéressé, qui vivait seul, ne présentait pas trop de difficulté pour ces actes ; il était indépendant et reconnu apte à la conduite par son médecin traitant. Le Dr L. _____ a conclu qu'il ne lui semblait pas que l'assuré put revendiquer un droit à l'allocation pour impotent. Il a ajouté que la perte de poids de l'intéressé ne le pénalisait pas trop et ne le handicapait pas suffisamment pour qu'une rente d'impotent lui fût octroyée.

Par décision du 11 octobre 2017, 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 faible dès le 1^{er} mai 2016, reconnaissant que celui-ci nécessitait une aide régulière et importante pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes » depuis le mois de juin 2014.

c) L'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent de degré grave datée du 21 mars 2019, en raison de son incontinence, de l'invalidité d'un bras et de l'aggravation de sa maladie de Crohn. Il a produit une attestation du Dr L. _____ du 29 mars 2019, indiquant qu'il présentait une incontinence sévère, et un avis du Dr A. _____, médecin assistant auprès du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du Centre Z. _____ (ci-après : le Z. _____), du 20 mars 2019, selon lequel il a présenté une poussée de la maladie de Crohn et a rapporté une majoration de la fréquence des selles liquides depuis cette poussée, avec des pertes de selles nécessitant de porter des protections qu'il devait changer plusieurs fois par jour. Le 21 avril 2019, l'assuré a précisé avoir besoin d'une aide régulière et importante pour tous les actes ordinaires de la vie ainsi que d'une aide médicale permanente depuis janvier 2019.

Il résultait d'un rapport du Centre médico-social d'[...] (ci-après : le CMS) du 16 juin 2019 que la fille de l'assuré lui rendait souvent visite, lui préparait des repas sains et en quantité importante que l'intéressé n'avait plus qu'à réchauffer, et s'occupait de la gestion administrative et de la lessive. Le CMS gérait les courses et avait fait de nombreuses propositions d'interventions à l'assuré, qu'il avait toutefois refusées. Il est précisé que, malgré ses troubles de l'équilibre, l'intéressé se déplaçait sans moyens auxiliaires, dont il disposait pourtant. Il avait une planche de bain dans sa baignoire qui n'était pas adaptée, mais ne souhaitait pas voir l'ergothérapeute. L'assuré conduisait encore son véhicule. Le CMS faisait des visites de santé, préparait le semainier, aidait à la douche et à l'habillage après la toilette et s'occupait du nettoyage de l'appartement.

Le Dr L. _____ a établi une ordonnance médicale pour prestations médico-sociales le 13 novembre 2019 prévoyant des

prestations de soins infirmiers, comprenant une évaluation et des conseils (sur les besoins du patient pour mettre en place des interventions), des soins de base tels que le bain, la douche, l'aide au lever/coucher, etc. - visite de santé (prise de tension artérielle, contrôle du pouls et du poids) et préparation du semainier ; injection Vitarubin - et des prestations d'ergothérapie.

Par décision du 15 novembre 2019, la Caisse a octroyé à l'assuré une allocation d'impotence de degré moyen dès le 1^{er} avril 2019, une aide étant admise pour les actes « manger », « aller aux toilettes », « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer et entretenir des contacts sociaux » ; il était précisé que l'intéressé nécessitait aussi des soins permanents.

Le 25 novembre 2019, l'assuré s'est opposé à la décision, contestant l'absence de besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » et considérant avoir droit à une allocation d'impotence de degré grave. Il a notamment produit une attestation du Dr L. _____ du 13 novembre 2019, selon laquelle l'intéressé nécessitait une aide au ménage de deux heures par semaine.

L'OAI a repris ses investigations en faisant des entretiens téléphoniques en février et mars 2020 avec l'assistante médicale du médecin traitant, puis avec la fille de l'assuré, ainsi qu'avec l'infirmière de la P. _____ (aides et soins à domicile), étant précisé qu'il n'avait pas été possible de joindre l'intéressé par téléphone.

Selon l'assistante médicale du médecin traitant, l'assuré avait suspendu les interventions du CMS à fin août 2019, avec l'accord du médecin. Lors des visites chez le médecin traitant, l'assistante médicale aidait l'intéressé à s'asseoir puis se relever de la chaise et lui donnait le bras pour se déplacer au sein du cabinet médical ; elle a précisé que l'assuré avait peu d'équilibre, qu'il devait se tenir contre les parois mais que, pour une raison de fierté, il refusait de marcher avec une canne ou un rollator.

La fille de l'assuré a indiqué qu'elle lui rendait visite deux à trois fois par semaine et lui apportait des repas qu'il se réchauffait dans des casseroles. Elle a confirmé que l'intéressé, vivant seul, ne recevait pas d'aide pour effectuer ses transferts depuis son lit ou des sièges, qu'il n'avait pas de moyen auxiliaire au niveau de son lit, qu'il prenait appui sur sa table de nuit et sur le rebord du lit et que cela lui prenait du temps pour se lever du lit. L'assuré conduisait sa voiture uniquement pour aller chez son médecin traitant.

Depuis décembre 2019, la P. _____ apportait une aide à la douche deux fois par semaine. L'assuré se rendait seul au Z. _____ en taxi. L'infirmière a expliqué qu'il ne recevait pas d'aide quotidienne pour se vêtir (il enfilait seul un training, des chaussettes et un chemisier), ni pour ses transferts de position. L'intéressé se levait seul et lentement du lit ou d'un siège ; il s'asseyait et se couchait seul également. La plupart du temps, l'assuré était assis sur son fauteuil au salon car il dormait peu la nuit. L'infirmière n'a répertorié aucune chute. Elle a confirmé que l'intéressé refusait d'utiliser le rollator malgré une démarche très saccadée et instable. Pour les limitations du coude gauche, dues à l'arthrose, les soignants appliquaient une crème avec un bandage, ce qui soulageait les douleurs. L'infirmière a ajouté que l'assuré mangeait peu et, lors de crises inflammatoires de l'intestin, se nourrissait principalement de boissons protéinées. Son poids était toutefois stable. L'intéressé avait un ou deux amis qui l'emmenaient parfois pour une balade. L'infirmière avait déposé une demande d'accompagnement à domicile auprès de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs en raison d'une grande souffrance morale, l'assuré étant fatigué et sa famille étant sa seule raison de vivre.

Dans sa décision sur opposition du 11 mars 2020, la Caisse a considéré que l'assuré ne recevait pas d'aide quotidienne pour effectuer ses transferts depuis son lit ou des sièges, qu'il n'avait pas de moyens auxiliaires au niveau de son lit, qu'il prenait seul appui sur la table de nuit et sur le rebord du lit, de sorte qu'aucune aide n'était nécessaire pour

l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher ». Elle a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 15 novembre 2019.

B. Par acte posté le 18 mars 2020, C._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré grave lui soit octroyée. Il fait valoir qu'il bénéficie de l'aide de sa fille et de l'infirmière, lesquelles viendraient, l'une ou l'autre, tous les jours l'aider à se coucher et à se lever. Il indique disposer de moyens auxiliaires tels que notamment une barre de redressement, un fauteuil roulant, un tintébin et des cannes d'appui.

Dans ses déterminations du 2 juin 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève que les déclarations du recourant ne coïncident pas avec celles recueillies auprès de sa fille et de l'infirmière.

Par courrier du 4 juin 2020, le recourant a déposé des pièces à annexer à son recours.

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 en lieu et place d'une allocation pour impotent de degré moyen.

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 du 19 juin 1959 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 (art. 88a al. 2 RAI).

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 la décision du 11 octobre 2017. Il s'agit donc de déterminer si le besoin d'aide s'est modifié depuis cette décision.

b) Le recourant soutient qu'il a besoin d'une aide régulière et importante pour tous les actes ordinaires de la vie et de soins permanents, 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 sur opposition litigieuse du 11 mars 2020 correspond à celui déjà retenu dans la décision du 11 octobre 2017 en ce qui concerne les actes de «se vêtir/se dévêtir », « aller aux toilettes » et « faire sa toilette ». L'intimée a reconnu en sus un besoin d'aide pour les actes « manger » et « se déplacer et entretenir des contacts sociaux » depuis janvier 2019, l'état de santé nécessitant en outre des soins permanents. Elle a ainsi admis le droit du recourant à une allocation pour impotence moyenne.

Il s'agit en conséquence de déterminer si l'intéressé nécessite, ainsi qu'il l'allègue, une aide pour l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher », besoin que l'intimée n'a pas reconnu, se fondant principalement sur les entretiens téléphoniques avec la fille de l'assuré et l'infirmière de la P. _____ de février et mars 2020. Aucune enquête à domicile n'a été effectuée.

c) 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 a 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).

d) Le rapport d'enquête à domicile est souvent un élément déterminant pour se prononcer sur les conditions de l'allocation pour impotent. 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).

e) Dans le cas d'espèce, aucun rapport d'enquête ne figure au dossier puisqu'aucune enquête à domicile n'a été effectuée. L'intimée n'a ainsi pas fait constater formellement les conditions de vie du recourant par une personne qualifiée, en particulier l'existence ou non des limitations dont il se prévaut. Le recourant déclare qu'il est aidé tous les jours pour le coucher, que ce soit par sa fille ou par l'infirmière de la P._____. Les déclarations téléphoniques de la fille de l'assuré, de l'infirmière de la P._____ et de l'assistante médicale du médecin traitant, laquelle a d'ailleurs précisé aider le recourant à se lever et s'asseoir, ne permettent pas de se prononcer en toute connaissance de cause. Le compte-rendu téléphonique n'est pas suffisamment détaillé et ne permet pas de se déterminer sur les diverses limitations. On ignore en outre s'il correspond aux indications qui auraient dû être relevées sur place. En particulier, il n'est aucunement indiqué comment le recourant procède pour se lever, s'asseoir et se coucher seul, s'il fait usage de moyens auxiliaires comme il le soutient et quelles sont les difficultés qu'il rencontre dans ces actes. Il n'a d'ailleurs pas été entendu sur sa demande. Or, la fixation du taux d'impotence présuppose un examen détaillé de la situation médicale de l'intéressé et de son évolution et la possibilité pour celui-ci de s'exprimer sur ses difficultés. 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, l'instruction s'avère insuffisante et lacunaire.

La cause sera ainsi renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède à des investigations complémentaires, en particulier à une enquête à domicile.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée afin que celle-ci procède aux mesures d'instructions indiquées dans les considérants, en particulier à une enquête à domicile, et qu'elle rende une nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens, le recourant ayant procédé seul.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 11 mars 2020 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité afin qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants et rendre une nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- C. _____,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- 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 :