

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 avril 2013

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Thalmann et Mme Moyard, assesseur  
Greffière     :       Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à  
Bienne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 42 al. 2 et 3 LAI; 37 al. 1 let. e et 38 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, titulaire d'un CFC de laborantin, présente depuis la naissance une infirmité congénitale consistant en une malformation de la main droite ("main de crabe"). A ce titre, il a bénéficié de la remise de moyens auxiliaires de l'AI et de mesures médicales (notamment la prise en charge d'opérations correctrices de la main).

Le 2 mars 1984, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes en vue de l'obtention de mesures d'ordre professionnel, en expliquant manquer de rapidité dans son travail et ne pas trouver d'employeur en raison de sa malformation. Lesdites mesures lui ont été refusées (prononcé du 31 août 1984).

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 19 juillet 1989. Dans le cadre de l'instruction de cette demande et des mesures de réadaptation professionnelles mises en œuvre, il est apparu que l'intéressé, en raison de son "équilibre psychique invalidant", n'était pas en mesure de se réadapter, son atteinte somatique ne jouant qu'un rôle direct marginal (cf. courrier du 17 décembre 1991 de l'Office régional de réadaptation professionnelle du canton de Vaud à l'OAI).

Dans un rapport médical du 20 septembre 1991, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin associé au département de psychiatrie de l'hôpital L. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de fonctionnement prépsychotique. Il a relevé que les troubles de la personnalité d'allure psychotique présentés par l'assuré expliquaient ses difficultés d'investissement tant dans son travail que dans sa vie privée. Le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a toutefois pas exclu la possibilité d'une stabilisation grâce à une réadaptation dans un domaine qui le motiverait comme l'électronique ou l'informatique.

L'assuré s'est alors vu allouer une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1989, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % (décision du 23 juillet 1992).

**b)** Le droit à la rente entière de l'assuré a été confirmé lors des procédures de révision successives.

Par avis médical du 26 avril 2002, le Dr B. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a résumé la situation de l'assuré en ces termes :

"Cet assuré de 47 ans, au bénéfice d'un certificat fédéral de laborantin (1977), qui a pu travailler sans problème somatique malgré une atrophie musculaire congénitale du MSD avec agénésie de 3 doigts, est au bénéfice d'une rente entière depuis 1989 en raison d'atteinte à la santé psychique : prépsychotique".

L'assuré ayant sollicité le bénéfice de mesures d'ordre professionnel, une expertise a été mise en œuvre auprès du département de psychiatrie afin d'évaluer le caractère réalisable de ces dernières. Dans leur rapport d'expertise du 29 novembre 2002, les Drs M. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et médecin assistante au département de psychiatrie, ont posé les diagnostics de trouble dépressif persistant (F 34.2), de trouble de la personnalité évitante (F 60.6) et d'agénésie distale du membre supérieur droit (Z 68.7). Ils ont indiqué que des mesures professionnelles n'étaient pas fondées, précisant que les troubles psychiques de l'assuré décrits dans le rapport de 1991 du Dr D. \_\_\_\_\_ correspondaient aux troubles actuels.

Par avis médical du 6 février 2003, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les experts avaient conclu que des mesures professionnelles ne se justifiaient pas face à un trouble de la personnalité de type "prépsychotique". En outre, l'assuré ne voyait pas la nécessité d'un suivi et/ou d'un traitement psychiatrique. Dans ces conditions, le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est déclaré d'accord avec la proposition de l'OAI de maintenir la rente entière avec une révision dans trois ans.

Par décision sur opposition du 26 avril 2006 confirmant une décision du 15 février 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé d'octroyer des mesures professionnelles à l'assuré, son état de santé ne lui permettant pas actuellement d'envisager des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'une aide en capital.

**c)** A l'occasion de la procédure de révision d'office du droit à la rente initiée en août 2010 par l'OAI, l'assuré a exposé dans le questionnaire pour la révision de la rente complété le 3 septembre 2010 que son état s'était aggravé en juillet 2009. Il précisait que son état de santé sur le plan physique était toujours le même, mais qu'un léger état dépressif avait été établi à la suite d'événements familiaux.

Dans un rapport médical du 30 septembre 2010 à l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint à la policlinique psychiatrique de [...], a indiqué que l'assuré l'avait consulté du 9 août au 8 septembre 2010 en raison d'un trouble panique dont l'évolution était actuellement favorable avec une disparition des attaques et pour lequel il n'y avait plus de traitement.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 2010 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de trouble schizotypique, de personnalité limite, d'état anxieux chronique avec somatisations et d'agénésie distale du membre supérieur droit et status après opération. Il a relevé que l'assuré était son patient depuis 1995 et que le dernier contrôle remontait au 13 septembre 2010. Il a mentionné que depuis le décès de sa mère en avril 2010, le patient présentait une aggravation de l'état anxieux avec insomnie, angoisses et somatisation, tout en attestant une incapacité de travail totale dès 2003. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi un rapport médical du 16 mars 2010 à son attention établi par les Dresses X.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au département de psychiatrie, faisant suite à une évaluation

psychiatrique de l'assuré en date des 17 septembre, 24 septembre, 8 octobre et 12 novembre 2009. Elles ont relevé que le patient les avait consultées spontanément dans le contexte d'une problématique anxieuse survenue depuis l'été 2009, période correspondant à la découverte de la maladie oncologique de sa mère, pathologie qui avait réactivé des angoisses de mort et de perte chez le patient. Sur le plan clinique, elles ont exposé que le patient était bizarre dans son contact et qu'il présentait un discours flou, désorganisé et donc très difficile à suivre, avec des pertes de fil et des affects parfois inappropriés. Au vu des éléments précités, elles ont posé le diagnostic de trouble schizotypique, le patient présentant par ailleurs également des perturbations des perceptions en sus des troubles du cours de la pensée. Elles ont préconisé un suivi chez le médecin traitant à raison d'un rendez-vous mensuel, ceci dans un but contenant et rassurant, avec une médication neuroleptique à petites doses.

**B.** Le 24 novembre 2010, C.\_\_\_\_\_ a présenté une demande d'allocation pour impotent AI auprès de l'OAI. Il indiquait avoir besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, soit : boutonnage et fermeture éclair, lacer des chaussures, difficultés à couper les aliments durs, difficultés à se laver, impossibilité de se couper les ongles, difficulté à se laver les cheveux, difficulté à se raser, impossibilité de se laver le côté gauche, difficulté à créer le contact en société et présence de crises d'angoisse et de panique. A la question de savoir si des prestations d'aide étaient nécessaires pour lui permettre de vivre chez lui, l'assuré a répondu qu'il avait besoin d'aide pour se laver et se faire à manger. Il a ajouté qu'il avait besoin d'accompagnement, car il hésitait à se rendre aux rendez-vous et qu'il avait de la peine à trouver les lieux.

Dans un rapport médical du 7 janvier 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport, à savoir ceux de trouble schizotypique, de personnalité limite, d'état anxieux chronique avec somatisations et d'agénésie distale du membre supérieur droit et status après opération reconstructive distale du membre supérieur droit. Il a indiqué que son patient avait développé une symptomatologie anxieuse

en été 2009 suite à la maladie oncologique de sa mère. S'agissant des limitations fonctionnelles au niveau du membre supérieur droit, il a fait état de l'absence de main et d'un status après reconstruction de l'avant-bras permettant à l'avant-bras droit de fonctionner comme une pince. Le patient ne pouvait en outre ni écrire, ni prendre fermement quelque chose avec son avant-bras droit. S'agissant des restrictions psychiques, le Dr F. \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré demandait souvent de l'aide, faisait beaucoup de projets, mais qu'il n'arrivait pas à les réaliser.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une enquête, laquelle a été effectuée le 15 avril 2011 au domicile de l'assuré. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice a relevé au chapitre des "indications concernant l'impotence" les éléments suivants :

4.1.1 Se vêtir/se dévêtir : l'assuré est autonome pour se vêtir, ce dernier vit seul. La seule chose qu'il n'arrive pas à faire est fermer le bouton du col de la chemise (ou bien il y arrive avec difficultés) et le bouton de manche de chemise gauche ;

4.1.2 Se lever/s'asseoir/se coucher : pas besoin d'aide;

4.1.3 Manger : l'assuré est autonome pour couper ses aliments;

4.1.4 Faire sa toilette/soins du corps (se laver/se coiffer/se raser/se baigner) : l'assuré se lave seul et sans aide. Il a besoin d'aide pour couper les ongles des mains, mais cette aide n'est pas régulière;

4.1.5 Aller aux toilettes : pas besoin d'aide;

4.1.6 Se déplacer dans l'appartement, à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux : l'assuré conduit et est autonome pour tous ses déplacements.

A la question de savoir si l'assuré a besoin, en raison d'une atteinte des organes sensoriels (par exemple malvoyant) ou d'une grave infirmité physique, de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux, l'enquêtrice a indiqué que l'assuré bénéficiait de l'aide apportée par son amie. Ainsi, l'assuré avait besoin que son quotidien soit géré, car il n'y arrivait pas à cause d'une part de son handicap physique et d'autre part de son état dépressif (4.2). En outre, l'assuré n'était pas en mesure de faire ses repas, car il n'a qu'une seule main valide. Il ne pouvait ni couper ni éplucher des légumes. Son amie lui préparait ses repas de trois

jours en trois jours et il n'avait plus qu'à les réchauffer. Elle lui lavait son linge et le repassait: L'assuré assumait son propre ménage (4.2.1). Il était en outre autonome pour ses déplacements et la gestion de ses affaires (4.2.2). Enfin, sans la présence et l'aide de son amie, l'assuré souffrirait d'un isolement social très important. A cause de son humeur déprimée, il ne sortait pas beaucoup et rencontrait que peu de monde. Son amie assumait un accompagnement régulier pour le sortir de son isolement social. L'assuré vivait replié sur lui-même (4.2.3). Dans la synthèse de son rapport d'enquête, l'enquêtrice a ainsi retenu que l'assuré n'avait pas besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, mais qu'il avait besoin de quatre heures par semaine dès juillet 2009 au titre d'accompagnement permettant de vivre de manière indépendante, et de deux heures par semaine, depuis la même date, pour palier au risque important d'isolement durable (soit au total six heures par semaine d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie).

En date du 20 mai 2011, l'OAI a soumis à l'assuré un projet d'acceptation d'impotence dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 compte tenu des éléments suivants :

"Lors de l'examen de votre demande d'allocation d'impotence, une enquête a été réalisée, le 15 avril 2011, afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide dont vous avez besoin pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Il ressort de cette enquête que vous êtes autonome pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Cependant, nous constatons que vous avez besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis juillet 2009.

A l'échéance du délai de carence d'un an, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2010, les conditions d'octroi d'une allocation d'impotence d'un degré faible sont remplies".

Dans ses observations du 28 mai 2011, l'assuré a allégué que son amie l'aidait depuis trois ans, soit depuis juillet 2008.

L'OAI a demandé un complément d'enquête à l'enquêtrice à la suite des observations de l'assuré au projet de décision. L'enquête complémentaire a eu lieu le 18 août 2011, par le biais d'un appel

téléphonique à l'assuré. Dans un rapport d'enquête du même jour, l'enquêtrice a fait état des remarques suivantes :

"(...).

Il ressort que sa femme l'a quitté en avril 1999 et que depuis il a toujours eu besoin d'aide. Il a fait appel à des amies et des connaissances et s'est débrouillé comme cela jusqu'à ce qu'il rencontre son amie du moment. Il l'a rencontrée en novembre 2007 et dès juillet 2008 elle a commencé à lui faire sa cuisine, son linge et son repassage et s'est occupée de son ménage. M. C. \_\_\_\_\_ fait donc remonter son aide pour l'accompagnement à juillet 2008 et non 2009 comme il l'a dit lors de la première enquête.

Lorsqu'il habitait encore à Lausanne, son amie lui faisait ses repas sur place, depuis qu'il vit à [...], elle prépare les repas chez elle et trois fois par semaine lui descend les boîtes de Tupperware et il n'a plus qu'à réchauffer les repas. Elle lui fait son linge, son repassage et son ménage. Il estime à 6 heures par semaine ce travail. Notons que ce travail n'est pas gratuit, M. C. \_\_\_\_\_ paie son amie 25 francs de l'heure.

Entre 1999 et juillet 2008, soit entre le moment où sa femme le quitte et qu'il rencontre cette amie, il a été toujours aidé par des voisins, des amies et des amis et il a pu bon an mal an vivre ainsi. Il estime au moins à 6 heures l'aide apportée par les différents intervenants. Mais depuis juillet 2008 l'aide est stable et régulière".

Au vu de ces éléments, l'enquêtrice a retenu que l'assuré avait besoin de six heures par semaine dès juillet 2008 au titre d'accompagnement permettant de vivre de manière indépendante, et de deux heures par semaine, depuis la même date, pour palier au risque important d'isolement durable (soit au total huit heures par semaine d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie).

Par avis médical du 21 février 2012, le Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR a répondu de la manière suivante aux deux questions posées par l'OAI :

*"Les diagnostics psychiatriques reconnus rendent-ils vraisemblable que l'assuré a besoin d'une aide de tiers pour éviter le risque important d'isolement durable ?*

- Le rapport des Dresses X. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ du 16.03.2010, nous apprend que l'assuré a consulté à quatre reprises entre septembre et novembre 2009. Le diagnostic retenu est "trouble schizotypique". Une expertise psychiatrique en 2007 avait conclu à un trouble mixte de la personnalité du registre état limite intérieur. Selon les psychiatres, "le patient dit ne pas ressentir d'anhédonie, ni d'isolement social". "Il aime également rencontrer des gens et cela lui fait plaisir d'aller voir ses parents qui habitent à [...]". Au status, le contact est

qualifié de "bizarre" et des troubles du cours de la pensée sont relevés.

- selon le rapport psychiatrique au dossier (Dr S.\_\_\_\_\_, 30.09.2010), l'assuré a présenté durant l'été 2010 des attaques de panique consécutives au stress lié au décès de sa mère en avril 2010. L'évolution a été favorable et la prise en charge a pu être interrompue début septembre 2010, y compris le traitement pharmacologique. Le status psychiatrique ne montre aucune anomalie. Le diagnostic de trouble schizotypique n'est pas repris. L'assuré a une relation depuis 2 à 3 ans avec une femme sans partager le même appartement.

Au vu des renseignements ci-dessus, sur le plan médical objectif, on ne voit aucun motif qui justifie le besoin d'une aide pour éviter l'isolement durable.

*Si tel est le cas, depuis quand cette aide est-elle nécessaire ? Depuis toujours ?*

- la question tombe".

Le 2 avril 2012, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision annulant et remplaçant celui du 20 mai 2011. Il a rappelé que suite à sa contestation du 28 mai 2011 concluant à un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis fin mai 2004, il avait soumis le cas à son service juridique afin qu'il réexamine le cas au vu des nouveaux éléments apportés. Son dossier avait alors fait l'objet d'un examen par le SMR. L'OAI a conclu qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'était plus justifié compte tenu des renseignements médicaux en sa possession.

Dans ses observations du 24 mai 2012, l'assuré, désormais représenté par Procap, a conclu au versement d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, le besoin existant depuis juillet 2008. Il a allégué qu'il n'était pas contradictoire d'avoir besoin de l'aide d'un tiers pour vivre indépendamment à domicile tout en étant relativement autonome pour les actes ordinaires de la vie, ce qui était son cas.

Par courrier du 8 juin 2012 adressé au conseil de l'assuré, le Dr F.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné que l'agénésie et le status post reconstruction distale du membre supérieur droit empêchaient son patient d'exécuter normalement les actes de la vie quotidienne, puisqu'il ne lui

restait que deux doigts, soit l'index et le majeur. Il a ajouté qu'il ne connaissait pas de patient atteint de trouble schizotypique qui arriverait à gérer normalement son emploi du temps de la semaine sans l'aide d'une tierce personne. Il ne pouvait dès lors confirmer la position de l'OAI, laquelle ne reflétait pas la réalité.

Par décision du 25 juillet 2012, dont la motivation figure dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 avril 2012, estimant qu'il incombait à l'assuré, en application de l'obligation de réduire le dommage, qu'il se dote d'habits adaptés à sa situation et qu'il se munisse d'accessoires favorisant son autonomie (ouvre-boîte "One Touch", planche de fixation pour l'apprêtage des aliments). L'usage de l'aspirateur était par ailleurs pleinement possible en tenant le manche d'une seule main avec des pauses pour soulager le bras sollicité. La question d'une aide pour récupérer les sols pouvait rester ouverte, dans la mesure où cet aspect ne saurait à lui seul amener l'administration à reconnaître un besoin d'accompagnement régulier. S'agissant des achats, l'OAI a retenu que rien ne s'opposait au port d'un sac à commission avec un seul bras, le membre supérieur gauche ne souffrant pas de handicap. Enfin, l'OAI a relevé qu'aucun isolement social n'avait pu être constaté et qu'un risque purement hypothétique d'isolement social ne suffisait pas.

**C.** Par acte du 14 septembre 2012 de son mandataire, C. \_\_\_\_\_ recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une allocation pour impotent, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Il fait valoir qu'il a besoin d'aide dans les actes ordinaires de la vie, notamment les actes se vêtir/dévoiler, manger (et surtout préparer ses repas), se laver, se coiffer, se baigner/doucher, se raser et aller aux toilettes, expliquant que pour le cas où ces actes ne lui seraient pas reconnus, il conviendrait de mener une instruction complémentaire. Dans un deuxième moyen, il relève avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie d'une durée de six heures par semaine. Il ajoute que selon l'enquête

d'avril 2011, il existe un risque d'isolement durable et se prévaut du ch. 8053 CIIAI. Il déplore à cet égard le fait que le médecin du SMR ne l'ait pas rencontré et requiert le cas échéant un complément d'instruction, dès lors que l'avis médical du SMR est selon lui en contradiction avec l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_. Quant au dies a quo du droit à la prestation, il soutient que dans la mesure où le rapport d'enquête complémentaire du 18 août 2011 retient le mois de juillet 2008, c'est dès juillet 2009 que le droit à une impotence de degré moyen, ou à tout le moins faible, devrait lui être reconnu.

Dans sa réponse du 26 novembre 2012, l'intimé propose le rejet du recours. Il constate que le recourant n'évoque pas le courrier particulièrement circonstancié qu'il lui a été adressé le 25 juillet 2012 en parallèle à la décision entreprise.

Dans ses déterminations du 7 janvier 2013, le recourant confirme le recours dans toutes ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile (compte tenu des fêtes estivales, cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours déposé le 14 septembre 2012 est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à une allocation pour impotent, et dans l'affirmative de quel degré.

**3. a)** Aux termes de l'art. 9 LPGA (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003), est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa 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. L'art. 42 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LAI (dans sa version actuelle, depuis la 4<sup>e</sup> révision AI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004) dispose que 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. Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à la santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase LAI). 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.

**b)** Le Conseil fédéral a édicté des règles d'exécution aux art. 35 et suivants du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), notamment au sujet de l'évaluation de l'impotence (art. 37 RAI) et de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie

(art. 38 RAI). L'impotence peut, selon l'art. 37 RAI, être évaluée comme grave, moyenne ou faible. L'art. 37 RAI a la teneur suivante :

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie;
- b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou
- c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

<sup>3</sup>L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie;
- b. d'une surveillance personnelle permanente;
- c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré;
- d. 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; ou
- e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38.

<sup>4</sup>Dans le cas des mineurs, seul est pris en considération le surcroît d'aide et de surveillance que le mineur handicapé nécessite par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé."

**c)** S'agissant des actes ordinaires de la vie mentionnés à l'art. 37 RAI, ceux-ci sont notamment définis dans la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI). Ils se répartissent en six domaines (ch. 8010 ss CIIAI, édition valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012) :

- se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever);
- se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter);

- manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde);
- faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher);
- aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle / vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes);
- se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

Cette liste correspond, d'après la jurisprudence, à la définition légale des actes élémentaires de la vie quotidienne (cf. notamment ATF 127 V 94 consid. 3c). L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas 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 (RCC 1986 p. 510).

L'aide est importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (p. ex. "se laver" en ce qui concerne l'acte ordinaire "faire sa toilette" [Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272]),

- ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsque, en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière;
- ou qu'elle puisse manger seule, mais ne soit pas en mesure de couper ses aliments ou ne puisse les porter à la bouche qu'avec ses doigts (ATF 106 V 153 consid. 2b);
- 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 (p. ex. si la personne souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives de sorte qu'elle est condamnée à vivre au lit et qu'elle ne peut entretenir de contacts sociaux [RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126]).

**4.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit

donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'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. En cas de doute sur les troubles physiques, psychiques ou mentaux ou leurs répercussions sur les actes ordinaires de la vie, il est nécessaire de demander des précisions au médecin. Il y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide 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 actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, 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. 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C\_782/2010 du 10 mars 2011, consid. 2.3). Enfin, même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137).

**5.** En l'espèce, le recourant ne remplissant manifestement pas les conditions d'une impotence grave (art. 37 al. 1 RAI) - ce qu'il ne soutient du reste pas - se pose la question du principe de l'impotence, et, le cas échéant, de son degré (impotence moyenne ou faible; cf. art. 37 al. 2 et 3 RAI).

Il convient en premier lieu de relever que le recourant n'a pas rendu vraisemblable la nécessité d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes ordinaires de la vie au sens de l'art. 37 al. 3 let. a RAI. Sur ce point, l'enquêtrice a retenu que l'assuré n'était pas en mesure de faire ses repas, car il n'avait qu'une seule main valide et qu'il ne pouvait ni couper ni éplucher des légumes. Son amie lui préparait ses repas de trois jours en trois jours et il n'avait plus qu'à les réchauffer. Elle lui lavait son linge et le repassait, le recourant assumant toutefois son

propre ménage. Il était en outre autonome pour ses déplacements et la gestion de ses affaires.

Dans son courrier du 25 juillet 2012 accompagnant la décision attaquée, l'intimé a considéré que le recourant devait se doter d'habits adaptés à sa situation, ce qui est conforme à la jurisprudence, le Tribunal fédéral précisant d'ailleurs qu'il n'y a pas d'impotence pouvant ouvrir droit à l'allocation, tant que l'on peut, grâce à des mesures appropriées, conserver l'indépendance dans l'accomplissement de certains actes ordinaires (TFA du 11 juin 1985, RCC 1986, p. 507 ss, consid. 2a). Ainsi, dans le cas d'un assuré qui présentait une paralysie totale du bras gauche et alléguait ne pas pouvoir lui-même mettre et enlever des jaquettes et des chemises, ni ouvrir et fermer la manchette droite d'une chemise ni nouer des lacets de souliers, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que cela ne prouvait pas l'existence d'une impotence dans l'acte ordinaire en question, relevant que d'après l'expérience générale des choses de la vie, il devait être possible à l'assuré, en s'habituant à son handicap, de mettre et d'enlever des jaquettes sans l'aide de tiers. En outre, il était tenu, en vertu de l'obligation de réduire le dommage, de se procurer des vêtements adaptés à son infirmité. La situation du recourant ne diffère pas de celle décrite dans cet arrêt, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des constats qui y ont été faits à l'occasion de l'enquête ménagère.

S'agissant du besoin d'aide pour manger, l'intimé a relevé que l'assuré pouvait acquérir des accessoires favorisant son autonomie (ouvre-boîte "One Touch", planche de fixation pour l'apprêtage des aliments). On rappellera que selon le Tribunal fédéral, il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui, ou lorsqu'elle peut certes manger seule mais ne peut pas couper ses aliments elle-même, lorsqu'elle ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'elle ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (RCC 1981 p. 364), ou lorsqu'il s'avère nécessaire d'apporter un des repas principaux au lit en raison de l'état de santé - objectivement considéré - de la personne assurée (RCC 1985 p. 408). Aucune de ces hypothèses n'est réalisée ici. Il convient ainsi

de considérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'y a pas d'impotence dans l'acte de "manger" au sens du point 4.1.3 du rapport d'enquête.

Le recourant n'a besoin d'aucune aide dans le domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher), l'enquêtrice n'ayant nullement mentionné de difficultés particulières pour l'acte consistant à aller aux toilettes (acte qui comporte le rhabillage, l'accompagnement aux toilettes, l'aide apportée pour s'y asseoir et se relever [Pratique VSI 1996 p. 182]). Le recourant a cependant précisé éprouver des difficultés pour se couper les ongles de la main. Sur ce point, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'une telle aide ne pouvait être considérée comme une chose importante et qu'une installation adéquate, c'est-à-dire une lime à ongles fixée quelque part, devait permettre de nettoyer les ongles de la main droite sans l'aide de tiers (TFA du 11 juin 1985 précité, consid. 2b).

**6.** Le recourant ne remplissant pas les conditions décrites à l'art. 37 al. 3 let. a RAI, il convient d'examiner s'il peut se prévaloir de la nécessité d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 37 al. 3 let. e RAI lequel renvoie à l'art. 38 RAI. En effet, il n'apparaît pas que le recourant présente un besoin permanent de soins ou de surveillance ou des services considérables et réguliers de tiers, au sens de l'art. 37 al. 3 let. b, let. c et let. d RAI, et le recourant ne l'invoque pas non plus.

**a)** L'art. 38 RAI définit l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie qui 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 (TF 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 2; ATF 133 V 450) afin d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Il n'est pas nécessaire

que l'accompagnement soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (chiffre 8045 CIIAI).

Cette assistance intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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). Dans la première éventualité, 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), tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle) (ATF 133 V 450). Le Tribunal fédéral a précisé que l'accompagnement s'étend aux travaux ménagers (cuisine, courses, lessive et ménage) dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires et que l'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 4.2 et 4.3; ATF 133 V 450 consid. 6.2 et 10). Dans la seconde éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), 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 (TF 9C\_28/2008 cité consid. 3).

Selon le chiffre marginal 8053 CIIAI, l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette circulaire à la loi et à la Constitution (TF 9C\_432/2012 et 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1). Lorsqu'une personne

assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible, conformément à l'art. 37 al. 3 let. e RAI.

**b)** En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimé de s'être distancé des conclusions du rapport d'enquête à domicile sur ce point et avoir ainsi nié un éventuel besoin d'accompagnement régulier et durable pour faire face aux nécessités de la vie, considérant que les difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères, de la préparation des repas et des commissions invoquées ne constituaient pas des empêchements pour vivre de manière indépendante, établir des contacts sociaux ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur sans le concours d'une tierce personne.

La Cour de céans considère qu'il y a lieu de suivre les conclusions du rapport d'enquête, les conditions d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie étant réunies. Il ressort en effet du rapport d'enquête du 15 avril 2011 que le recourant est empêché en raison de ses limitations physiques (une seule main valide laquelle n'est pas dominante) de cuisiner, de faire la lessive et le repassage. Il nécessite donc l'assistance d'un tiers, sans laquelle il ne pourrait vivre de manière indépendante, pour les travaux précités auxquels s'étend l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI, dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires de la vie selon l'art. 9 LPGA en relation avec l'art. 37 RAI (ATF 133 V 450 consid. 9 p. 466). Cette assistance représente un investissement temporel de plus de quatre heures par semaine selon le rapport d'enquête du 15 avril 2011, appréciation dont il n'y a pas lieu de s'écarter, de sorte que le caractère régulier est également réalisé (TF 9C\_410/2009 du 1<sup>er</sup> avril 2010 consid. 5.4).

**c)** En conséquence, il convient d'admettre que le recourant ne pourrait pas vivre de manière indépendante sans l'aide d'un tiers, de sorte qu'il a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI. Dans ce contexte, il n'est pas nécessaire d'examiner si l'isolement durable au sens de l'art. 38 al. 1 let. c

RAI, dont le recourant se prévaut, est hypothétique ou non, l'impotence étant réputée faible si une personne n'a besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 LAI et 37 al. 3 let. e RAI).

S'agissant du dies a quo du droit à la prestation, l'art. 42 al. 4 LAI in fine précise que "la naissance du droit est régie, à partir d'un an, par l'art. 29, al. 1". Conformément à la disposition précitée, le droit à la prestation prend donc naissance au plus tôt dans les six mois à compter de la date à laquelle le recourant a fait valoir son droit aux prestations. Le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 24 novembre 2010, il a donc droit à une allocation pour impotent de faible degré à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011.

**7.** Le dossier s'avérant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2; 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**8.** Il se justifie par conséquent d'admettre le recours et de réformer la décision litigieuse en ce sens que le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu

de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 25 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que C.\_\_\_\_\_ a droit à une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011.
  
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à C.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique, (pour le recourant), à Bienne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, 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 :