

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 mars 2014

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Di Ferro Demierre et M. Gutmann, assesseur  
Greffier       :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par le Centre Social Protestant  
- Vaud, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 9 LPGA; 42 LAI; 37 et 38 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1954, ressortissant espagnol titulaire d'un permis B, ayant été employé en tant que manoeuvre par Q.\_\_\_\_\_ à [...], a déposé une demande de prestations AI pour adultes en date du 25 novembre 1996. Il indiquait souffrir de fortes douleurs aux jambes, en particulier à la droite, l'obligeant à souvent marcher avec des cannes, ainsi qu'à la colonne vertébrale et à la hanche droite.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'assuré a notamment suivi un stage d'observation en matière de réadaptation professionnelle, du 16 février au 13 mars 1998, auprès du Centre d'Observation Professionnelle de l'AI (ci-après: COPAI) à [...]. Au terme d'un rapport d'examen du 21 avril 1998, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin-consultant au COPAI, a résumé ses observations comme il suit:

"[...]

Discussion

M. W.\_\_\_\_\_ est un espagnol de 44 ans, non scolarisé, analphabète, qui a travaillé toute sa vie comme manoeuvre de la construction. Il ne travaille plus depuis décembre 95.

Sur le plan médical, cet homme souffre essentiellement d'une goutte hautement récidivante, liée à une obésité importante et à un alcoolisme chronique tout à fait actif et sévère. Il a d'ailleurs d'autres signes du syndrome plurimétabolique: hypertension artérielle, hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie. La goutte est hautement récidivante et atteint de multiples articulations. On a dû exciser des tophi à plusieurs reprises. Par ailleurs, cet homme a des douleurs lombaires avec un syndrome radiculaire L5-S1 D non déficitaire, liées à des troubles statiques de la colonne vertébrale, en particulier à la modification statique lombaire par l'obésité abdominale et le relâchement de la sangle musculaire abdominale. Notons que la conscience morbide de cet homme est nulle et qu'il ne voit absolument pas le lien entre son obésité et sa goutte, entre son alcoolisme et sa goutte chaque fois qu'il a une crise de goutte, c'est qu'il a eu une chute ou un coup qui a déclenché une douleur.

M. W.\_\_\_\_\_ se montre à l'atelier, très maladroit, lent, quoique régulier, présentant une qualité de travail très médiocre. Analphabète et fruste, il a beaucoup de peine à intégrer les consignes et à acquérir de nouvelles connaissances.

M. W.\_\_\_\_\_ est un manoeuvre lourd de la construction qui ne peut plus travailler comme tel. On a vu qu'on ne peut pas lui confier des

tâches plus fines non plus. On pourrait espérer diminuer sa morbidité et améliorer ses chances de retrouver un travail simple de manœuvre industriel léger en réglant la question de l'alcoolisme, ce qui permettrait également de réduire l'obésité et la morbidité de la goutte, donc le risque d'absentéisme. A notre avis, l'alcoolisme est central dans la problématique de cet homme et c'est cette affection qu'il faut traiter. En attendant ce traitement, cet homme a une capacité de travail très réduite, voire nulle."

Dans un rapport médical du 3 mai 1999, le Prof. B.\_\_\_\_\_, médecin-chef, et le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV ont posé les diagnostics de goutte tophacée poly-articulaire, de stéatofibrose hépatique sur éthylisme chronique et de syndrome X (obésité, HTA [hypertension artérielle], hyperlipidémie). Ils renaient une incapacité de travail de l'assuré de 100 % dès le 28 mai 1997, le pronostic dépendant avant tout de l'atteinte hépatique liée à l'éthylisme de l'assuré ainsi qu'à son observance thérapeutique concernant sa goutte chronique. S'agissant de leur évaluation, le Prof. B.\_\_\_\_\_ et le Dr J.\_\_\_\_\_ précisaient que des mesures médicales n'apparaissaient pas opportunes, différentes tentatives de prise en charge par la consultation d'alcoologie de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) ayant déjà échoué au vu d'un manque total de compliance.

Le 14 septembre 1999, l'assuré a communiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) ne plus du tout travailler depuis le début 1996.

A teneur d'un rapport médical du 10 avril 2000, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant depuis mars 1999, a posé les diagnostics de goutte tophacée poly-articulaire, de syndrome X (obésité, HTA, hyperlipidémie) et de stéatofibrose hépatique. Indiquant que sur le plan physique, il n'existait aucune possibilité de travail manuel pour son patient, le Dr G.\_\_\_\_\_ était d'avis que l'incapacité de travail était totale et définitive.

Dans un rapport médical intermédiaire du 24 octobre 2000, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'arthropathie goutteuse (touchant

les mains, les pieds et les genoux principalement), d'hypertension artérielle, d'obésité et d'éthylisme chronique. Ce spécialiste notait un état stationnaire en mentionnant la persistance de douleurs et de déformation principalement aux doigts de la main droite et aux avant-pieds, l'assuré se déplacement très lentement. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ précisait que l'assuré faisait des efforts pour diminuer son éthylisme.

Selon une fiche d'examen du dossier No 5 du 8 janvier 2001, la Dresse N.\_\_\_\_\_, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, a conclu qu'en raison des limitations évoquées par le Prof. B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 octobre 2000, l'ensemble des travaux impliquant l'usage des mains étaient exclus ainsi que ceux nécessitant des mouvements des pieds et des genoux.

Par projet d'acceptation de rente, intégralement confirmé selon décision du 25 septembre 2001, l'Office AI a alloué une rente entière à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> décembre 1996, basée sur un degré d'invalidité de 85 %.

A l'occasion d'une première procédure de révision débutée en février 2003, dans un rapport médical du 12 mai 2003 établi à la suite d'un examen du 31 mars 2003, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient se trouvait toujours en incapacité totale de travailler sans que l'exercice d'une quelconque activité ne soit exigible de sa part. Le médecin traitant précisait en outre ce qui suit:

"D. Données médicales:

Il n'y a aucune modification sur le plan physique quant aux atteintes liées à la goutte et aux syndromes métaboliques X. L'atteinte hépatique semble également stable.

Par contre le 14 juillet 02 en Espagne le patient a un accident de scooter. Il est admis à l'hôpital de [...] à [...] où on le traite pour une luxation de la hanche droite réduite avec traction sur le membre inférieur et pour une fracture du tibia droite qui sera traitée conservativement. Après trois mois de traction il semble qu'il y ait eu une nécrose de la tête fémorale qui a nécessité le 29 novembre 02 la mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite. M. W.\_\_\_\_\_ marche péniblement avec 2 cannes en ayant toujours une douleur dans la région de la hanche droite. Il réside

momentanément en Espagne suivi par les médecins de l'hôpital [...] à la [...] qui continuent à assurer les contrôles post-opératoires.

Il est trop tôt pour juger de l'évolution post-opératoire de la hanche droite."

Par communication du 14 octobre 2003, l'OAI a fait savoir à l'assuré que son droit à une rente entière était maintenu sans changements.

**B.** Le 13 septembre 2010, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour personnes impotentes, précisant avoir besoin d'une aide régulière et importante pour les actes ordinaires de la vie "se vêtir/se dévêtir", "se lever/s'asseoir/se coucher", "manger", "se laver", "se baigner/se doucher", "mettre en ordre les habits avant/après être allé aux toilettes", "hygiène corporelle/vérification de la propreté" et "se déplacer dans l'appartement/à l'extérieur/entretenir des contacts sociaux". S'agissant de l'ensemble de ces actes, il indiquait que depuis le 20 juin 2010, son épouse l'aidait une à deux fois par semaine selon son état de santé. Il disait par ailleurs avoir besoin de soins permanents (ou de prestations d'aide médicale en permanence [jour et nuit]), d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie (son épouse s'en chargeant depuis le 20 juin 2010), d'une aide à domicile, d'un accompagnement pour les rendez-vous ou contacts hors du domicile ainsi que d'une présence régulière d'un tiers afin d'éviter l'isolement durable du monde extérieur. Il a produit en annexe à sa demande, un certificat médical du 6 août 2010 établi par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, du CHUV qui attestait une incapacité de travail de l'assuré pour raison médicale du 29 juillet 2010 au 31 août 2010.

Dans un certificat médical établi le 29 novembre 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, du Centre Médico-Chirurgical du [...] à [...], attestait que l'assuré avait besoin de l'assistance d'un tiers, savoir de son épouse, de façon régulière, ceci pour raison médicale.

Le 14 décembre 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, du Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV, attestait qu'une aide à domicile quotidienne s'était révélée indispensable.

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'allocation, une enquête a été réalisée le 11 avril 2011 par l'enquêtrice K.\_\_\_\_\_ au domicile de l'assuré. Il résulte du rapport d'enquête du 14 avril 2011 que des éléments nouveaux concernant l'atteinte à la santé sont apparus à savoir une désorientation spatiale et des douleurs au niveau des épaules. Selon ce rapport, l'assuré avait besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir les actes "se vêtir/se dévêtir", "préparer les vêtements", "se coucher" ainsi que "se baigner/se doucher", depuis septembre 2010. S'agissant de l'acte "se coucher", l'enquêtrice observait que seule une aide directe pour faire asseoir l'intéressé au bord du lit, à basculer les jambes dans le lit puis à se couvrir était nécessaire en raison de son embonpoint. Concernant l'acte "manger", l'enquêtrice notait que ce point d'aide n'était pas retenu. Pour l'acte "se laver", il était mentionné une aide directe pour laver et essuyer le visage et chaque partie du corps trois à quatre fois par semaine, de sorte que ce point d'aide ne pouvait être retenu car pas régulier. S'agissant des actes "mettre en ordre les habits avant/après être allé aux toilettes" et "hygiène corporelle/vérification de la propreté", l'enquêtrice relevait une aide directe lors d'épisodes de diarrhées. Quant à l'acte "se déplacer dans l'appartement/à l'extérieur/entretenir des contacts sociaux", il était précisé que l'assuré se déplaçait avec une canne et que son appartement étant exigu, il pouvait s'y déplacer en s'appuyant sur la table. L'enquêtrice notait également qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie se justifiait à raison d'environ plus de deux heures par semaine tant pour permettre à l'assuré de vivre de manière indépendante que pour favoriser les activités et contacts extérieurs, ceci depuis juin 2010. L'enquêtrice observait que l'assuré avait besoin d'une aide permanente pour l'administration quotidienne de ses médicaments, à raison de quinze minutes par jour depuis septembre 2010. Une surveillance personnelle n'était pas nécessaire et l'impotence ne pouvait être diminuée grâce à des

moyens auxiliaires. Enfin, l'enquêtrice mentionnait ce qui suit sous point 5 :

"L'entretien a eu lieu en présence de l'assuré et de son épouse. L'intéressé a de la peine à s'exprimer dans un français compréhensible, c'est donc son épouse qui répond aux questions. L'assuré habite dans un studio et les aménagements sont donc difficilement imaginables. Le jour de la visite, l'assuré est plutôt bien présent et semble bien orienté dans le temps et l'espace."

Dans un premier projet du 19 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, soit à l'échéance du délai légal d'attente d'une année. Ses constatations étaient les suivantes:

"Résultat de nos constatations:

Après examen des pièces médicales en notre possession et suite à l'enquête qui a été effectuée sur place, nous constatons que depuis le mois de septembre 2010, vous avez besoin d'aide de tiers pour vous vêtir, pour vous coucher, pour faire votre toilette et pour vous déplacer."

Dans un rapport médical du 22 juillet 2012, le Dr C. \_\_\_\_\_ a posé notamment les diagnostics de cirrhose, status après pose de tips, ascites sporadiques, encéphalopathie hépatique fluctuante, diabète, obésité et hypertension. Il indiquait des limitations fonctionnelles concernant la mobilité et le déplacement ainsi que sur le plan intellectuel à cause de l'encéphalopathie hépatique. Il ajoutait que la présence de l'épouse de l'assuré était nécessaire pour l'aider par exemple lors de consultations et certainement dans certains gestes domestiques. En annexe, figuraient en particulier les pièces médicales suivantes:

- Une liste datée du 22 juillet 2012 des médicaments prescrits à l'assuré par le Dr C. \_\_\_\_\_ pour cause de maladie.

- Un rapport d'examen radiologique de la colonne lombaire de l'assuré du 18 juin 2012 établi par la Dresse H. \_\_\_\_\_ de l'institut d'imagerie

médicale [...] SA à [...], mettant en évidence une scoliose en S du rachis lombaire.

Il ressortait notamment ce qui suit d'un procès-verbal d'entretien du 31 août 2012 entre l'Office AI et l'assuré:

"M. W. \_\_\_\_\_ se présente à notre Office avec une dizaine de minutes d'avance sur l'heure du rdv. Il est accompagné de son épouse et ont gagné Vevey par le train. Avant l'entretien, il ôte sa veste puis la pose sur le dossier de sa chaise sans aide. Il en est de même lorsqu'il se lève de son siège, tant à la réception que dans notre parloir. Notons finalement que notre assuré s'exprime avec encore un fort accent espagnol et que sa compréhension du français est moyenne à bonne. Ces faits nous obligent à devoir, par moment uniquement, nous répéter mutuellement.

Questionné sur son état de santé, il le considère comme étant stable, sans modification significative ces derniers temps. Il lui arrive toutefois de se sentir tout de même moins bien par moment ou période. Dernièrement, il a été hospitalisé pour des problèmes avec son foie.

Il consulte le Dr C. \_\_\_\_\_ (généraliste) pour son diabète et autres besoins, 1 x/année en moyenne et selon ses besoins, ainsi que le Dr Z. \_\_\_\_\_, chaque 2 mois, pour ses soucis avec son foie. Il lui est tout de même arrivé de voir le 1<sup>er</sup> médecin cité jusqu'à 4 ou 5 reprises dans une même année. Ces deux praticiens lui prescrivent toujours la même médication, laquelle est relatée dans le dernier RM [rapport médical] du 22.07.2012. Il y a lieu de s'y référer pour les détails.

Il énumère ensuite ses sources de revenu mensuelles lesquelles se composent de ses rentes AI, CHF 2'300.-, et LPP CHF. 990.- ainsi que d'une aide des PC concernant notamment le paiement de son assurance-maladie. Son épouse ne travaille pas mais recherche tout de même un emploi. N'ayant pas travaillé par le passé, elle ne peut toucher de prestations du chômage. Il ajoute : « elle passe son temps à me soigner ! » comme il dit. Tous deux vivent dans un apt. de 3½ pces, situé au 4<sup>ème</sup> étage, sans ascenseur, et pour lequel ils versent un loyer de CHF 1'990.-/mois plus CHF 90.- de charges chauffage et eau chaude notamment. Questionné au sujet de la situation de son logis dans l'immeuble (4<sup>ème</sup> étage — sans ascenseur), il explique ne jamais monter ou descendre seul, donc d'être constamment accompagné de son épouse. Il ajoute n'avoir pas trouvé d'autre appartement et, devant quitter [...] suite à leur résiliation de bail, n'a pas voulu se retrouver à la rue.

Au sujet de son quotidien, il le décrit de la manière suivante : réveil vers 05h30 généralement en mentionnant garder le même rythme que pour le travail — déjeune, boit le café — retourne parfois au lit pour se reposer — il ne peut rester debout très longtemps, sans bouger - effectue de petites marches sur conseil de son médecin, jusqu'à la gare, 5 à 10 minutes en prenant le temps de faire de petites pauses et toujours aidé d'une canne. Pour cette activité

notamment, notre assuré utilise toujours le « on » faisant état que son épouse l'accompagne en continu afin de l'aider en cas d'une éventuelle chute. De retour à la maison, sa femme prépare le repas. Pour sa part, il ne participe nullement à ce type d'activité. Il regarde la TV, lit quelque peu les quotidiens sans plus et n'a pas d'ordinateur pour aller sur Internet. Ensuite, il déclare marcher tant le matin que l'ap-midi, 1 heure durant, en précisant qu'il s'assoit fréquemment car il se fatigue très vite. Le soir, il ne sort pas. Il ajoute très fréquemment que son épouse est en permanence à ses côtés. Tous deux ne se déplacent qu'à pieds ou transports publics pour les trajets d'une certaine importance. Lui-même ne détient pas de permis de conduite, contrairement à son épouse. Elle ne possède toutefois aucun véhicule. Toujours selon ses déclarations, il accompagne également sa femme pour les courses (Migros, Coop, etc...). C'est elle qui les portent jusqu'à la maison. C'est également elle qui gère l'entier des tâches ménagères, de l'administratif tout comme les contacts téléphoniques (appels, rdv de médecins, etc...). Relevons que l'intéressé, expliquant ne rien gérer de l'administratif connaît bien des détails comme les montants de ses rentes, du loyer avec les charges, ses subsides des PC pour sa caisse-maladie, mais également du projet de décision concernant sa demande d'allocation d'impotence reçu l'été dernier notamment.

[...]

Nous le questionnons ensuite au sujet de divers actes de la vie dans lesquels il rencontre des problèmes. Il en ressort que son épouse l'aide dans des situations comme:

- se vêtir où lorsqu'il souffre du sciatique. Il peine à enfiler les vêtements du bas, voire même ceux du haut parfois. Son épouse l'aide à choisir ses vêtements, mais il décide tout de même ce qu'il va finalement mettre. *Ce jour, il n'a eu besoin d'aucune aide à ôter sa veste, la mettre sur le dossier de sa chaise puis de l'enfiler au terme du présent entretien.*
- l'assuré dit avoir besoin d'aide pour se lever tant du lit que depuis sa chaise. *Là aussi, il n'a eu besoin d'aucune aide pour se lever de sa chaise, tant à notre réception que dans notre parloir. Il a uniquement fait usage de sa canne.*
- Sa femme lui lave le dos et l'aide pour entrer et sortir de la baignoire, pour enjamber le rebord de celle-ci.
- Il va généralement seul aux toilettes mais indique avoir occasionnellement besoin de la présence de sa moitié.
- Il peut se mouvoir mais toujours avec sa canne comme support.

De par la situation de son appartement, soit au 4<sup>ème</sup> étage sans ascenseur, il affirme vouloir changer de logis car cette situation ne lui facilite pas la vie. Il a dû le prendre pour ne pas se retrouver à la rue.

Nous l'informons l'avoir déjà vu, preuves à l'appui, se promener en ville de [...] et [...], et qu'à chaque fois, il se trouvait seul. Il reconnaît finalement, du bout des lèvres, se déplacer de temps à autre seul, sans la présence de sa dame. Il confirme par contre ne jamais le faire plus d'une heure et toujours avec sa canne. [...]"

Dans un rapport de synthèse du 13 septembre 2012, le service d'enquête (LFA) de l'OAI a fait état de constatations et observations suivantes:

"[...] Les contrôles réalisés, à deux reprises et preuves à l'appui (images), nous ont permis de remarquer l'intéressé marcher seul à [...] et à [...]. Nous résumerons ces situations de la manière suivante:

- Courant septembre [2011], M. W.\_\_\_\_\_ est venu marcher, au centre-ville de [...], avec sa canne et un sac plastique dans sa main gauche et avec la droite, il tire un caddie. Précisons encore qu'à cet instant, il fume un cigare. Peu après, alors qu'il regagne son domicile situé à 500 m. environ, il s'arrête pour prendre et porter à sa bouche un croissant. Il continue ensuite sa route en tirant son petit chariot, tenant sa canne et le sac, le tout avec sa main gauche. Avec la droite, il mange le croissant précité. Cette situation se déroule de cette manière sur la majeure partie du chemin retour à son domicile. Peu avant cet endroit, il se permet même de lever le caddie, avec toujours dans cette même main sa canne, et de faire quelques pas afin d'y déposer notamment l'emballage de ce qu'il venait de manger dans un container. Par la suite, il regagne son logis.
- En avril 2012, l'intéressé est à nouveau vu, seul, à [...] alors qu'il regagne [...], rue où se trouve son appartement. Il marche avec l'aide de sa canne qu'il tient dans sa main gauche. Il tient une cigarette dans sa bouche et dans sa main gauche par moment.

Nous constatons dès lors que notre assuré se déplace seul, dans divers endroits de son lieu de résidence, avec une aide de sa canne qui n'est pas permanente. Nous certifions également que sa démarche peut être considérée comme moyenne à lente en matière de vitesse et présente une légère boiterie."

Dans un "questionnaire impotence" du 7 novembre 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que compte tenu de l'atteinte, une aide pour enfiler les habits du bas du corps et pour la toilette de certaines parties du corps était plausible et admissible mais que les autres aides et l'accompagnement n'étaient pas justifiés et qu'en particulier, il voyait mal un assuré habitant au 4<sup>ème</sup> étage sans ascenseur qui sort plusieurs fois par jour avoir besoin d'une aide pour se lever.

Par projet du 19 novembre 2012, annulant et remplaçant celui du 19 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1<sup>er</sup> septembre

2011. L'Office AI retenait que l'assuré était dépendant de l'aide régulière et importante d'un tiers, depuis septembre 2010, pour accomplir deux actes ordinaires de la vie quotidienne, à savoir "se vêtir" et "faire sa toilette".

Par décision du 11 février 2013, l'OAI a octroyé une allocation pour impotence de degré faible à l'assuré avec effet dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011.

Par courrier daté du 3 décembre 2012, reçu par l'OAI le 14 février 2013, l'assuré a contesté le nouveau projet rendu le 19 novembre 2012. Il alléguait l'absence d'amélioration de son état de santé depuis le précédent projet du 19 juillet 2011 son état se détériorant avec l'âge. Il estimait ainsi avoir besoin de l'aide de tiers pour se vêtir, se coucher, faire sa toilette et pour se déplacer.

**C.** Par acte du 8 mars 2013, W.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 11 février 2013 précitée. Il conclut implicitement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011. Il reprend l'argumentation développée dans son courrier daté du 3 décembre 2012 à l'Office AI. Il a produit notamment les pièces suivantes :

- un certificat médical du 17 janvier 2011 du Dr C.\_\_\_\_\_ certifiant que l'épouse du recourant doit régulièrement accompagner son mari à la consultation du CHUV comme à la sienne,

- une attestation du 4 mars 2012 du Dr Z.\_\_\_\_\_ mentionnant que le recourant est suivi à la consultation ambulatoire d'hépatologie depuis le 28 juillet 2010, indiquant que l'état de santé du recourant est resté stationnaire sur la dernière année au prix d'un traitement médicamenteux relativement lourd et estimant illusoire de pouvoir envisager une reprise du travail chez ce patient, étant tout à fait prêt à remplir une demande plus complète pour augmenter ou au moins maintenir sa couverture par l'assurance-invalidité,

- un certificat du 7 mars 2013 du Dr V. \_\_\_\_\_ certifiant que le recourant présente une impotence moyenne nécessitant une aide quotidienne pour les tâches de base.

Dans sa réponse du 8 mai 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 3 juin 2013, se référant à nouveau au certificat médical établi le 7 mars 2013 par le Dr V. \_\_\_\_\_ ainsi qu'à un courrier du 4 mars 2013 au terme duquel, le Dr Z. \_\_\_\_\_ décrivait un état de santé resté stationnaire depuis le 28 juillet 2010 et qu'une reprise du travail lui paraissait illusoire, le recourant maintient ses conclusions. Il argue au surplus qu'il est inacceptable, et non justifié médicalement, de lui proposer une allocation pour impotent de degré moyen en juillet 2011, laisser s'écouler plusieurs mois puis finalement lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible, alors même que les certificats médicaux attestent l'absence d'une amélioration qui se serait produite entre-temps.

Au terme de sa duplique du 17 juin 2013, l'OAI conclut au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il observe d'abord que l'attestation du Dr V. \_\_\_\_\_ n'est d'aucune aide au recourant, ce médecin se limitant à affirmer que son patient présenterait une impotence moyenne, soit à porter une appréciation juridique et non médicale sur l'état de santé de son patient et le Dr Z. \_\_\_\_\_ exposant que le recourant n'est pas apte à la reprise d'une activité professionnelle, ce qui a été admis dans une communication adressée le 3 mai 2013 à l'intéressé. L'intimé précise pour terminer que de nouvelles constatations, à la suite desquelles une évaluation médicale a été demandée, avaient révélé que certaines aides initialement considérées comme nécessaires ne l'étaient en réalité plus.

Dans son écriture du 20 août 2013, le recourant, représenté par le Centre Social Protestant, a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, le droit à une allocation de degré

moyen lui étant reconnu. Il a requis production par l'OAI de la dénonciation dont il a fait l'objet ainsi que des images de lui prises dans le cadre de l'enquête suite à cette dénonciation, un délai lui étant accordé pour déposer ses déterminations sur ces pièces.

Il soutient en substance que l'OAI a procédé à une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents, l'avis SMR du 7 novembre 2012 du Dr R. \_\_\_\_\_ étant incomplet, approximatif et ne tenant pas compte des handicaps les plus importants affectant le recourant (une cirrhose, une insuffisance rénale chronique, des ascites sporadiques, une encéphalopathie hépatique fluctuante et le port d'une prothèse à la hanche gauche). Il conteste en outre le bien-fondé des remarques figurant dans le procès-verbal d'entretien du 31 août 2012, alléguant son incapacité dans la gestion et l'administration de ses affaires et relevant que son loyer n'est pas de 1'990 fr. comme indiqué dans ce procès-verbal mais de 1'190 fr. charges comprises, cette erreur démontrant à son avis, soit que le recourant ne connaît en fait pas bien ses charges, soit que les interlocuteurs lors de cet entretien ne se sont pas compris. Il ajoute que la mention de sa compréhension du français moyenne à bonne ne correspond pas à la réalité, son épouse répondant seule aux questions posées, et qu'il était d'ailleurs noté au point 5 de la fiche d'examen no 9 établie par l'OAI le 19 juillet 2011 que le recourant avait de la peine à s'exprimer dans un français compréhensible, son épouse répondant dès lors aux questions. Le recourant en déduit que ces exemples démontrent que les conclusions de l'enquête reposent sur une instruction lacunaire et s'éloignent de la réalité. Il précise avoir besoin d'une aide pour ses déplacements depuis 2010 - montée/descente d'escaliers, se déplacer au-delà des alentours de son domicile, emprunter les transports publics, etc. - sans que cela ne l'empêche cependant de pouvoir effectuer seul une courte promenade, de temps en temps et même régulièrement, dans un petit périmètre autour de son domicile. Il soutient dès lors que les "filatures" de septembre 2011 puis d'avril 2012, le montrant se promenant tranquillement aux abords de son domicile aidé de sa canne, n'infirmement nullement la constatation de son impotence de degré moyen. Quant aux observations relatées en lien avec la prétendue capacité du recourant à se

dévêtir/se vêtir au début et au terme de son entretien, elles n'apporteraient "rien de nouveau au dossier du recourant" selon l'enquête effectuée le 11 avril 2011 à son domicile. A suivre le recourant, cette enquête démontrerait que ses handicaps entraîneraient une impotence de degré moyen, les mesures d'instruction mises en œuvre postérieurement sur dénonciation n'apportant aucun élément susceptible de modifier l'appréciation globale de son impotence. En se rattachant à des données très partielles ressortant de deux "filatures" et en extrapolant une mobilité générale tout à fait contraire à la réalité, l'OAI aurait abusé de son pouvoir d'appréciation. Au vu de son état de santé globale - souffrant notamment d'encéphalopathie hépatique causant un désordre de l'activité mentale provoquant somnolence, confusion et incohérence - le recourant estime avoir besoin de l'aide de tiers pour se vêtir, se coucher, faire sa toilette ou pour se déplacer depuis septembre 2010. Le recourant a produit son contrat de bail à loyer.

Le 10 septembre 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il se détermine comme il suit sur les arguments avancés par le recourant:

"L'intéressé pense pouvoir déduire des circonstances que l'avis médical du SMR signé de la main du Dr R. \_\_\_\_\_ ne prendrait pas en compte l'ensemble de sa situation médicale, à mesure que dit avis aurait été rendu sur la base des seules communications du service LFA des 14 et 21 septembre 2012.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ est un médecin collaborateur de longue date du SMR. A ce titre, il est un professionnel rompu aux exigences de sa fonction. Compte tenu de cela, partir de l'idée qu'il puisse rendre une analyse médicale en ne prenant connaissance que de deux documents administratifs versés au dossier, en occultant purement et simplement le dossier médical, paraît plutôt incongru. En d'autres termes, la déduction dont il s'agit ne repose sur rien de tangible.

Il n'en va pas différemment en ce qui concerne le quiproquo relatif au montant du loyer de l'appartement dont le recourant est locataire: on ne peut en conclure que ce fait serait à mettre en relation avec une méconnaissance de ses affaires administratives. Il est d'ailleurs admis qu'il s'est peut-être là agit d'une simple incompréhension avec son interlocuteur. On rappelle à cette occasion que le procès-verbal d'audition du 31 août 2012 relève une connaissance tout à fait adéquate de sa situation asséculoologique, constat guère compatible avec l'état de confusion que le recourant allègue. D'ailleurs, l'audition en question s'est déroulée normalement, ce dernier ayant un discours parfaitement cohérent et doté d'un bon contenu informatif.

Aussi, contrairement à ce qui est avancé par l'intéressé, nous estimons que l'instruction du cas ne repose pas sur une constatation incomplète des faits pertinents.

S'agissant des capacités du recourant à évoluer seul à l'extérieur et sur sa demande, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint un CD sur lequel vous trouverez les fichiers vidéos dont il s'agit.

On rappelle à cette occasion que le recourant a lui-même indiqué marcher tant le matin que l'après-midi, une heure durant. Après avoir souligné être dans ce contexte en permanence accompagné de son épouse, il a finalement admis que tel n'était pas le cas, après avoir appris que des observations avaient été faites (cf. procès-verbal précité). Il aura probablement tenu le même discours auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_, compte tenu du fait que ce dernier a indiqué - de manière erronée comme on le sait désormais - que son patient était accompagné dans tous ses déplacements (rapport médical du 23 avril 2013).

Par contre, nous n'entendons pas produire le document par lequel l'intéressé a été dénoncé. Celui-ci n'est en effet pas anonyme et sa divulgation pourrait être préjudiciable à leur auteur. Aussi, afin de sauvegarder l'intérêt prépondérant de ce privé (art. 47 al. 1 LPG), nous nous limiterons à en retranscrire ici le contenu essentiel, tel que cela est prévu à l'art. 48 LPG:

(...) « Depuis de nombreuses semaines voire plusieurs mois, je rencontre cette personne se baladant seule au village à n'importe quelle heure de la journée. Le matin dès 6h45, je le croise qui marche à pieds sans personne accompagnante à ses côtés alors que moi je suis en voiture. Ce matin, vers 09h30 alors que j'allais faire mes courses, j'ai aperçu ce Monsieur à la gare se déplaçant à l'aide d'une canne et portant sur son dos une poubelle...» (...)."

L'OAI a produit le CD en question.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, le recourant a indiqué maintenir l'entier de ses allégations et conclusions. Il fait notamment part de ses déterminations sur le CD contenant les vidéos de ses sorties de septembre 2011 et d'avril 2012. Il observe que ces images le montrent très limité dans sa mobilité et que si une courte balade de temps en temps dans un petit périmètre limité et connu s'avère possible, il n'est pas pour autant possible d'en déduire qu'il se déplace seul pour la montée/descente d'escaliers, se rendre aux rendez-vous chez son médecin ou n'importe où ailleurs dès lors que le déplacement en question dépasse ledit périmètre. A suivre le recourant ces vidéos ne seraient pas révélatrices de son quotidien. Partant, le résultat de la "filature" ne serait pas de nature à

modifier les conclusions du rapport d'enquête du 14 avril 2011 dont il ressort que l'assuré a besoin de l'aide de tiers pour "se vêtir/se dévêtir", "se lever/s'asseoir/se coucher", "faire sa toilette" et "se déplacer/entretenir des contacts sociaux", d'où la reconnaissance de son droit à une allocation pour impotence de degré moyen.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une allocation pour impotent de degré faible ou moyen.

**a)** Aux termes de l'art. 42 al. 1 LAI (dans sa version actuelle, depuis la 4<sup>e</sup> révision AI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004), les assurés impotents (au sens de l'art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. La définition de l'art. 9 LPGA (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) a la teneur suivante: 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 les actes élémentaires de la vie quotidienne. L'art. 42 al. 3 LAI dispose qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie.

Le Conseil fédéral a édicté des règles d'exécution aux art. 35 ss RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), notamment au sujet de l'évaluation de l'impotence (art. 37 RAI). L'impotence peut, selon l'art. 37 RAI, être évaluée comme grave, moyenne ou faible. L'art. 37 RAI a la teneur suivante:

"1 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.

2 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.

3 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.

4 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."

**b)** Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c, 125 V 297 consid. 4a et les références citées; TF 9C\_168/2011 du 27 décembre 2011, consid. 2.1), les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art. 9 LPGA comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir, se coucher ;
- 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 (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

Lorsque ces actes ordinaires comprennent plusieurs fonctions partielles, il n'est pas nécessaire que l'assuré ait besoin d'assistance pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles; il suffit bien plutôt qu'il soit dépendant de l'aide directe ou indirecte d'un tiers, donnée régulièrement et dans une mesure importante, pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 3b; TF 9C\_839/2009 du 4 juin 2010, consid. 3.3 et les références citées; VSI 1996 p. 182 consid. 3c).

L'aide est réputée 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 (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [(ci-après : CIIAI], valable au 1<sup>er</sup> janvier 2012, ch. 8025 ; RCC 1986 p. 510).

L'aide est réputée importante notamment lorsque la personne assurée ne peut pas accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (CIIAI, ch. 8026 ; VSI 1996 p. 182 ; RCC 1981 p. 364 ; RCC 1979 p. 272). Toutefois, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas à justifier l'existence d'un cas d'impotence (TFA I 294/2000 du 15 décembre 2000, consid. 4f, et les références citées ; CIIAI, ch. 8013). En outre, en vertu de l'obligation générale de réduire le dommage, la personne assurée est tenue de prendre les mesures appropriées que l'on peut raisonnablement attendre d'elle en vue du maintien ou du recouvrement de son indépendance (vêtements adaptés, moyens auxiliaires, etc.) ; si elle omet de le faire, on ne pourra tenir compte de l'aide dont elle a alors besoin dans le cadre de l'évaluation de l'impotence (CIIAI, ch. 8085).

**c)** Aux termes de l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé, vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou encore éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique,

psychique ou mentale (ATF 133 V 450 consid. 9 ; TF 9C\_432/2012 et 9C\_441/2012 du 31 août 2012, consid. 5.3.1 et 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 2).

**d)aa)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C\_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). A cet égard, il importe 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 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 soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

**bb)** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre

conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**3.** Les parties s'accordant sur le besoin d'aide de tiers pour l'accomplissement des deux actes ordinaires de la vie "se vêtir" et "faire sa toilette" ce qui est conforme aux pièces du dossier. Il reste à examiner si le recourant a également besoin d'une aide régulière et importante d'autrui depuis septembre 2010 pour accomplir les deux autres actes ordinaires de la vie, savoir les actes "se coucher" et "se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts" ainsi que d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

**a)** Il convient en premier lieu d'examiner si le recourant a besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir l'acte "se coucher".

Selon le ch. 8015 CIIAI, il y a impotence lorsqu'il est impossible à la personne assurée de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. S'il est impossible à la personne assurée, une fois au lit, de se couvrir ou de s'allonger elle-même, elle est considérée comme impotente en ce qui concerne cet acte ordinaire de la vie (ch. 8016 CIIAI).

En l'espèce, le Dr R.\_\_\_\_\_ observe dans son avis médical du 7 novembre 2012 que l'atteinte à la santé du recourant n'explique pas l'impossibilité de se lever/se coucher, tout en permettant plusieurs sorties par jour pour un locataire logeant au 4<sup>ème</sup> étage de son immeuble et sans ascenseur.

Il a certes d'abord été retenu au terme de l'enquête réalisée le 11 avril 2011 au domicile du recourant que depuis le mois de septembre 2010, celui-ci avait besoin d'aide de tiers pour se coucher. Toutefois, lors de l'entretien du 31 août 2012 avec l'assuré accompagné de son épouse, les collaborateurs de l'AI ont constaté que le recourant n'avait eu besoin d'aucune aide pour se lever de sa chaise, ceci tant à la réception que dans le parloir de l'office, l'assuré faisant uniquement usage de sa canne pour accomplir cet acte.

Le recourant ne saurait remettre en cause ce compte-rendu d'entretien au motif que les collaborateurs de l'OAI, contrairement à l'enquêtrice, relèvent uniquement que le recourant s'exprime avec un fort accent espagnol et que sa compréhension du français est moyenne à bonne, mais qu'ils arrivent mutuellement à se comprendre parfois en devant répéter leurs propos. En outre, le fait qu'il y ait une erreur dans le compte-rendu concernant le montant du loyer, n'entraîne pas les conséquences que lui prête le recourant. En effet, cette erreur ne démontre pas que le recourant, qui a notamment donné des renseignements exacts sur ses revenus (rentes AI et LPP, PC), soit gravement atteint sur le plan neuropsychologique, ni qu'il y ait eu un malentendu durant tout l'entretien.

Les constatations des collaborateurs de l'OAI apparaissent dès lors tout à fait crédibles. Il en résulte en outre que le recourant a déclaré sortir deux fois par jour puisqu'il a déclaré marcher une heure le matin et une heure l'après-midi, ce qui implique de monter et descendre les escaliers de quatre étages. Ces constatations sont d'ailleurs confirmées par l'enquête réalisée à la suite de la dénonciation du recourant, celui-ci apparaissant notamment sur le DVD, marchant seul et même sans canne, mangeant un croissant d'une main et tirant un caddie en portant sa canne de l'autre.

Dans ces conditions, il n'apparaît pas crédible que le recourant ait besoin de l'aide d'un tiers pour se lever, s'asseoir ou se coucher.

**b)** S'agissant de l'acte "se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts", il résulte des ch. 8022 ss. CIIAI qu'il y a impotence lorsque la personne assurée ne peut plus elle-même, quand bien même elle dispose de moyens auxiliaires, se déplacer dans le logement ou à l'extérieur ou entretenir des contacts sociaux. Par contacts sociaux, on entend les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (p. ex. lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc.; RCC 1982 p. 119 et 126). La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de «l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie», mais non de la fonction partielle «entretenir des contacts sociaux».

En l'espèce, l'enquêtrice a retenu que depuis le mois de septembre 2010, le recourant pouvait se déplacer avec une canne et que son appartement étant exigü, il était en mesure de s'y mouvoir en s'appuyant sur la table. Elle n'a ainsi pas retenu le besoin d'aide régulière et importante pour les actes se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. Ces observations sont corroborées par celles du service d'enquête de l'OAI qui, en septembre 2011 et avril 2012, a filmé l'assuré se déplaçant seul dans divers endroits (parfois éloignés de plus de 500 mètres de son lieu de résidence à [...] et [...]) avec l'aide d'une canne ou sans celle-ci. Le recourant a d'ailleurs reconnu se déplacer de temps à autre seul en précisant que ces sorties ne dépassaient jamais une heure et toujours avec sa canne, lors de l'entretien du 31 août 2012. Si plusieurs médecins attestent que le recourant a besoin de l'aide d'une tierce personne comme son épouse, ils ne précisent pas pour quel acte ni dans quelle mesure. Aucun ne mentionne que le recourant ne peut pas sortir seul. Certes, le Dr C. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'encéphalopathie hépatique mais ce diagnostic n'est pas documenté. Ce praticien n'indique en outre pas quel est le degré de l'atteinte. Il évoque des limitations fonctionnelles concernant la mobilité, le déplacement ainsi que sur le plan intellectuel, sans autres précisions. Lorsqu'il donne des exemples, il cite l'aide de l'épouse du recourant lors de consultations au CHUV ou à son

propre cabinet et dans certains gestes domestiques. Il n'indique à aucun moment que le recourant est incapable de sortir ou de vivre seul.

Il n'y a ainsi aucun élément au dossier permettant de retenir l'impossibilité du recourant à accomplir l'acte de se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et d'établir des contacts.

**c)** Se pose finalement la question de savoir si, comme il le soutient, le recourant a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, cas dans lequel une allocation pour impotence de degré faible pourrait lui être octroyée (cf. art. 37 al. 3 let. e RAI).

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 (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 2) 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) (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 (ATF 133 V 450 consid. 6.2 et 10 ; TF 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010, consid. 4.2 et 4.3). 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 du 21 juillet 2008, consid. 3).

Selon le chiffre marginal 8053 CIIAI, l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité 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).

En l'espèce, certes l'enquêtrice a retenu que le recourant avait besoin d'aide pour vivre de manière indépendante (deux heures) et favoriser les activités ainsi que les contacts extérieurs (deux heures). Toutefois, alors que le questionnaire aux chiffres 4.1 et 4.2 mentionne que le genre d'aide doit être décrit de façon précise, l'enquêtrice n'en donne pas la description. Il est établi que le recourant peut se déplacer à l'intérieur du domicile sans l'aide d'un tiers. Il ne résulte en outre pas du dossier que le recourant ait besoin d'une telle aide pour vivre chez lui de manière indépendante, excepté pour les actes déjà pris en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ceux-ci. Enfin, comme évoqué sous lettre b ci-dessus, le recourant peut sortir seul. Il n'est en outre par établi que le recourant soit atteint sur le plan psychique à un niveau tel qu'il soit incapable de se rendre à un rendez-vous.

Le recourant n'a ainsi pas besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

**d)** Par ailleurs, aucun élément du dossier ne permet de retenir que le recourant nécessiterait une surveillance personnelle permanente (art. 37 al. 2 RAI), ce que le recourant ne prétend d'ailleurs pas, de sorte qu'il y a lieu de retenir qu'il a besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir seul deux actes ordinaire de la vie, savoir se vêtir et faire sa toilette.

La décision rendue par l'OAI n'est ainsi pas critiquable.

**4.** En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 11 février 2013 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier:

**Du**

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

- Centre Social Protestant - Vaud (pour W. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :