

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche, juge et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

U._____, à Lausanne, recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

I._____, à Vevey, intimé.

Art. 9 LPGGA, 42 LAI, 37 RAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 15 juin 1991, a été victime le 18 juillet 1994, à l'âge de 3 ans, d'une amputation traumatique du tiers distal de l'avant-bras droit.

Ses parents ont déposé, le 10 août 1994, une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineur, sous forme de subsides pour mineurs impotents et de moyens auxiliaires. Une enquête a été effectuée le 15 novembre 1994 pour évaluer l'impotence, dont il est ressorti que l'assuré avait besoin d'une aide régulière pour se vêtir et se dévêtir, manger et boire, en particulier couper les aliments et les porter à la bouche, ainsi que pour se laver, aller aux toilettes et se déplacer à l'extérieur en raison de pertes d'équilibre dues à l'absence de son membre supérieur droit.

Par prononcé du 12 décembre 1994, l'assuré a été mis au bénéfice d'une contribution pour impotence de degré moyen dès le 7 août 1994. Il a également bénéficié d'une prothèse esthétique d'avant-bras (cf. rapport du 18 janvier 1995 du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ; communication à l'assuré du 9 février 1995).

Le 21 janvier 1997, un nouveau questionnaire d'évaluation d'impotence a été complété, à la suite duquel, le 15 avril 1997, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a confirmé le droit à l'allocation pour impotence de degré moyen.

Une nouvelle enquête d'évaluation, menée par Pro Infirmis, communiquée à l'OAI le 10 janvier 2005, a permis de constater que l'assuré avait toujours besoin d'une aide régulière pour se vêtir, se déshabiller, mettre ou enlever sa prothèse, préparer ses vêtements, couper les aliments et ouvrir les contenants, se doucher, remettre en ordre ses habits après être allé aux toilettes. L'enquêteur de Pro Infirmis a

encore noté un besoin d'aide pour entretenir des contacts sociaux, en ce sens que sa mère devait régulièrement intervenir auprès notamment des enseignants pour transmettre toutes explications aux élèves sur le handicap de U._____ et être disponible pour éviter qu'il ne se décourage, ainsi que le besoin d'un accompagnement pour se rendre chez l'orthopédiste pour ses contrôles et l'adaptation de sa prothèse, d'une aide permanente dans le cadre de son traitement (massage du moignon) et d'une surveillance personnelle, sa mère étant inquiète qu'il ne se fasse du mal ou ne se blesse en restant seul plus de 30 minutes.

Par décision du 7 juillet 2005, remplaçant celle du 22 décembre 1994, l'OAI a accordé à l'assuré, pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2009 - date de sa majorité -, une allocation pour mineur impotent de degré moyen, au motif qu'il existait un besoin d'aide d'un tiers pour accomplir quatre des actes ordinaires. Les conditions pour la reconnaissance du droit à un supplément pour soins intenses n'étaient en revanche pas remplies.

Dans un rapport médical du 18 septembre 2008, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie de la main, médecin chef du département de l'appareil locomoteur du V._____, a demandé le remplacement de la prothèse de l'assuré, en raison de l'usure due à son utilisation régulière et intense. A cette occasion, il a noté que l'assuré s'était très bien habitué à son handicap et à l'utilisation de la prothèse myo-électrique.

B. Le 20 janvier 2009, quelques mois avant sa majorité, la mère de l'assuré a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI et complété à ce titre le questionnaire idoine. De ce formulaire, il ressort que le recourant a besoin d'une aide régulière et importante depuis son accident pour se vêtir et se dévêtir, couper les aliments, se doucher ou se baigner, mettre en ordre ses habits avant et après être allé aux toilettes, se déplacer (en raison de perte d'équilibre), et doit disposer d'une aide permanente dans le cadre des soins de base,

sous forme de massages pratiqués par sa mère afin de conserver la souplesse de la peau au niveau du moignon.

Dans le rapport médical du 13 mars 2009, annexé à la demande, le Dr J._____ a confirmé les indications du formulaire susmentionné, précisant que l'état de santé et l'impotence de l'assuré ne pouvaient pas être améliorés par des mesures médicales, respectivement des moyens auxiliaires et que le pronostic était stationnaire.

Une enquête initiée par l'OAI a débouché sur un rapport du 18 juin 2009, dans lequel l'enquêtrice a noté que l'assuré avait besoin d'une aide régulière et importante de la part de sa mère pour se vêtir et se dévêtir (boutonner, lacer, remonter une fermeture éclair). A cet égard, elle relevait que pour rester chez lui, l'assuré portait des vêtements adaptés mais que pour sortir, il ressentait le besoin de porter un jeans ou un pantalon. Il avait essayé des jeans avec boutons sans pouvoir résoudre son problème et bien qu'il portât des chaussures de tennis avec velcro, il souhaitait, compte tenu de ses 18 ans, pouvoir également porter des chaussures à lacets. Il avait également besoin d'aide pour couper les aliments, de même que pour dévisser des bouteilles, pots de confiture ou ouvrir un yoghourt. Une aide quotidienne était également nécessaire pour se doucher, certaines parties de son corps n'étant pas accessibles d'une seule main. Lors de son passage aux toilettes, une aide était nécessaire pour remettre en place ses habits. Dans le cadre de ses déplacements, l'enquêtrice notait qu'à l'extérieur, l'assuré se déplaçait en utilisant les transports publics, mais se posait la question du permis de conduire qu'il était en âge de passer. Elle notait également un besoin d'aide régulière pour entretenir des contacts sociaux, dans la mesure où il avait de la peine à sortir compte tenu du regard des autres. Enfin s'agissant des soins de base, l'enquêtrice notait la nécessité pour la mère d'appliquer une pommade et de masser chaque jour le moignon, l'assuré n'étant pas aussi efficace de sa seule main.

Dans une fiche d'examen interne, l'OAI a suggéré, le 25 juin 2009, de refuser le besoin d'aide régulière pour se vêtir et aller aux

toilettes dans la mesure où l'assuré devait réduire le dommage en utilisant sa prothèse, admettant ainsi une allocation pour impotence de degré faible dès l'âge de 18 ans.

Afin d'examiner les possibilités de réduire le besoin d'aide de tiers à l'aide de moyens auxiliaires, l'OAI a confié le 2 octobre 2009 un mandat au Centre de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées (ci-après : FSCMA). Une visite a été organisée au domicile de l'assuré en sa présence et celle de sa mère, à la suite de laquelle la FSCMA a rendu un rapport de consultation le 4 novembre 2009. Il en ressort en substance que s'il était difficile pour l'assuré de couper les aliments, attacher ses chaussures, fermer des boutons ou même se laver d'une seule main, il existait sur le marché de petits moyens auxiliaires, utilisés également par les hémiplegiques, permettant de faciliter l'action de manger ou de se vêtir. Le Centre proposait, pour sécuriser la toilette, l'utilisation d'une planche de bain et invitait l'assuré à prendre contact avec un ergothérapeute qui pourrait probablement mettre en place ces moyens pour faciliter ces actes. Pour le surplus, il lui semblait difficile d'augmenter notablement l'autonomie de l'assuré à l'aide de moyens auxiliaires (entre autres financés par l'assurance-invalidité), étant précisé qu'il serait probablement toujours dépendant d'un tiers pour accomplir certains actes. La FSCMA notait encore les difficultés de l'assuré et de son entourage à accepter le handicap.

Par décision du 9 décembre 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 24 février 2010 refusant à l'assuré toute allocation pour impotent. Dans un courrier annexé, l'office a expliqué ce qui suit :

« Dans notre projet de décision précité, nous avons retenu l'aide pour l'acte « manger » (couper les aliments). Cette aide est toujours nécessaire et n'est pas remise en question. Pour ce qui est de ne pas pouvoir éplucher des légumes ou ouvrir des bocaux, ces tâches n'entre pas en considération dans la prise en compte de l'acte « manger ». Car l'acte « manger » se rapporte plus à porter les aliments à la bouche et non à la préparation des aliments.

Par contre, vous contestez notre projet car nous n'avons pas retenu l'aide pour les actes « se vêtir » et « faire sa toilette ».

Pour qu'elle puisse être prise en compte, l'aide doit être régulière et importante. L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. Il y a également lieu de préciser que

même si l'accomplissement d'un acte ordinaire est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne constitue pas une impotence. De plus, l'assuré est tenu de prendre des mesures adéquates et raisonnablement exigibles pour conserver son indépendance, par exemple en portant des vêtements et des chaussures adaptées à son handicap et en utilisant des moyens auxiliaires appropriés.

En effet, à l'heure actuelle, il existe des habits convenables sur le marché vous permettant de vous vêtir de manière adaptée à votre poste de travail.

Pour la douche, un siège de douche ou une planche devrait vous permettre d'éviter les pertes d'équilibre et d'être complètement indépendant pour cet acte.

L'aide pour couper les ongles ne saurait être considérée comme importante.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 14 avril 2010 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 24 février 2010 est fondé et doit être entièrement confirmé.

Nous vous remettons en annexe une décision identique audit projet contre laquelle il vous est loisible de recourir dans les trente jours auprès de la Cour des assurances sociales ».

C. Par acte du 21 janvier 2011, U. _____ a recouru contre cette décision par l'intermédiaire du Service juridique de Procap devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A l'appui de son écriture, le recourant a indiqué qu'il n'existait aucun motif de révision, son degré d'impotence étant sensiblement resté le même depuis ses 14 ans, l'OAI ayant de surcroît évalué de manière incorrecte la nécessité de l'aide d'un tiers pour se vêtir, aller aux toilettes, faire sa toilette, se déplacer et entretenir des contacts sociaux. Dans ce cadre, il a conclu, principalement, à l'annulation de la décision du 9 décembre 2010 et à la poursuite du droit à une allocation pour impotent de degré moyen, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et, cas échéant, à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen jusqu'à nouvelle décision.

Le 15 mars 2011, l'intimé a répondu qu'il ne s'agissait pas d'un cas de révision, le droit à l'allocation pour mineur impotent et le droit à l'allocation pour adulte impotent constituant des cas d'assurance distincts. Il s'agissait dès lors d'appliquer les règles relative à la naissance du droit (art. 29 et 42 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]) et non celles de la révision (art. 87 ss RAI [règlement sur l'assurance-invalidité,

RS 831.201]). Il a en outre cité un arrêt du Tribunal fédéral des assurances qui n'avait reconnu aucun besoin d'aide pour les actes de s'habiller et de se laver à un assuré de 27 ans souffrant d'une paralysie totale du bras gauche. L'OAI proposait en conséquence le rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

Par arrêt du 3 mai 2012, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formulé par U. _____ et confirmé la décision prise par l'Office de l'assurance-invalidité le 9 décembre 2010. La Cour a retenu en substance notamment que le passage à l'âge adulte constituait un nouveau cas d'assurance et que si la nécessité d'une aide régulière et importante pour accomplir l'acte de manger n'était remise en question par aucune des parties, le besoin d'aide pour faire sa toilette, se vêtir/se dévêtir, et aller aux toilettes semblait pouvoir être amélioré par la mise en place de moyens auxiliaires simples et peu coûteux, l'assuré satisfaisant ainsi à son obligation de réduire le dommage.

U. _____ a recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral qui, par arrêt du 4 février 2013 (TF 9C_653/2012), a admis le recours et renvoyé la cause à la juridiction de première instance pour nouveau jugement, au motif qu'il convenait d'examiner s'il y avait eu un changement notable de circonstances au sens de l'article 17 al. 2 LPGA entre la dernière décision d'octroi de juillet 2005 et la décision attaquée du 9 décembre 2010.

D. Les parties ont été invitées par la juge instructrice à transmettre leurs déterminations à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral.

Le 12 avril 2013, le recourant, par l'intermédiaire de sa mandataire a relevé qu'en comparant la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 9 décembre 2010 avec celle prévalant au moment de la décision d'octroi de juillet 2005, force était de constater

qu'il n'y avait eu dans l'intervalle aucun changement notable des circonstances au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, permettant la révision du droit à l'allocation pour impotent. Il relevait en particulier que les enquêtes relatives à l'impotence du 10 janvier 2005 et du 18 juin 2009 faisaient état de constats similaires s'agissant des difficultés de l'assuré à se vêtir, à manger, à se laver et à aller aux toilettes. Il insistait notamment sur le fait que même en réduisant son dommage par l'installation de moyens auxiliaires simples, une aide partielle restait néanmoins nécessaire pour l'accomplissement de ces différents actes. Il concluait au vu de l'absence de motif de révision au maintien d'une allocation pour impotent de degré moyen. En annexe, le recourant a produit une main courante du Centre médico-social (ci-après : CMS) de [...], relatant l'intervention d'un ergothérapeute à son domicile en janvier et février 2010.

Pour sa part, l'OAI a admis, dans ses déterminations du 12 avril 2013, que l'état de santé du recourant n'était guère susceptible d'évolution compte tenu de son handicap mais que la question de l'accoutumance au handicap, le développement de stratégies pour limiter les difficultés et l'acquisition d'une certaine maturité pouvaient également constituer des motifs de révision.

Le 22 mai 2013, le recourant a maintenu ses conclusions, considérant qu'il n'existait aucun motif de révision et qu'en présence d'un besoin d'aide pour au moins quatre actes ordinaires de la vie et de soins permanents, une allocation pour impotence de degré moyen se justifiait toujours. Il a rappelé que durant la période considérée, son état de santé avait été parfaitement stationnaire, se référant au rapport médical du Dr J._____ du 13 mars 2009. L'intimé a relevé quant à lui que le document du CMS de [...] produit par le recourant n'était aucunement décisif, aucun moyen auxiliaire n'ayant été proposé au recourant, puisqu'un suivi lui avait été proposé auprès d'un ergothérapeute indépendant. Pour le surplus, l'OAI demandait à ce que soit posées aux Drs X._____ et J._____ certaines questions.

Le questionnaire aux médecins traitants établi par le tribunal a été soumis aux parties pour déterminations. Sous réserve de trois questions complémentaires formulées par le recourant dans un courrier du 27 septembre 2013, ce document n'a appelé aucune autre détermination.

Dans un rapport du 6 février 2014, la Dresse T._____, médecin assistante au service [...] du V._____, a répondu de la manière suivante :

« Question 1 :

La prothèse myo-électrique obtenue en 2008 n'est actuellement plus du tout utilisée par le patient car elle est lourde (le poids étant en plus réparti à l'extrémité distale, elle blesse la peau, tombe, ...), inconfortable, et inadaptée aux gestes de la vie quotidienne puisqu'elle permet uniquement la réalisation d'une pince pouce - index à une vitesse extrêmement lente.

Question 2 :

Cette prothèse est effectivement techniquement améliorée par rapport à l'ancienne, mais reste toujours nettement insuffisante pour les gestes quotidiens et ne remplace malheureusement aucunement une main valide.

Question 3 :

Conformément au point susmentionné, la prothèse ne permet que la réalisation d'une pince pouce - index extrêmement grossière et à une vitesse très lente, ce qui fait que toutes les habitudes quotidiennes nécessitant un tel geste est en fait réalisé par la main gauche. On peut citer comme exemple, un cas où le patient devrait porter 2 valises. Il effectuera plus rapidement la manœuvre en faisant un aller-retour en portant une valise à la fois de la main gauche qu'en essayant de porter une valise de la main gauche et une valise à l'aide de la prothèse à droite.

Question 4 :

L'accident étant arrivé au patient alors qu'il avait deux ans, il n'a pour ainsi dire pas connu d'autre état que celui d'une main amputée. Il est donc habitué à vivre "sans". Cela ne signifie pas pour autant qu'il peut vivre comme s'il avait une main droite présente. On peut comparer ce handicap à celui d'un aveugle de naissance qui apprend plus vite à se débrouiller que quelqu'un devenant aveugle à 40 ans, mais qui n'est pas pour autant égal à un voyant. L'autonomie du patient n'a pas évolué depuis 2005, cf. point 5.

Question 5 :

M. U._____ est limité dans tous les gestes quotidiens nécessitant la préhension à deux mains.

Pour manger par exemple, la préparation des aliments et des repas est fortement limitée ; le patient ne peut pas faire l'usage d'un couteau et couper les aliments lui-même. Concernant l'habillement, le patient ne peut pas porter des chemises à boutons ni des chaussures à lacets,

etc. sans demander de l'aide à autrui. Le repassage est également compliqué. Enfin, pour se laver, le patient est indépendant mais fait les choses plus lentement qu'autrui. Pour l'instant, il est difficile d'imaginer un moyen auxiliaire utile. Dans le futur, les progrès technologiques pourront peut-être apporter des prothèses avec une motricité fine et une sensibilité mais ce n'est pas le cas actuellement. Un ergothérapeute est déjà passé à domicile sans que des propositions d'amélioration aient pu être apportées. On pourrait plutôt imaginer un soutien d'un autre type, pour que le patient puisse vivre dans un appartement indépendant (il vit en effet toujours chez ses parents pour des raisons évidentes de dépendance). Imaginer une aide par exemple aux repas, au ménage, éventuellement une assistance pour la réalisation de quelques tâches administratives, etc.

Question 6 :

Non, le patient habite toujours chez ses parents. Il possède un permis de conduire mais n'a pas de véhicule, notamment parce que celui-ci devrait être adapté de manière conséquente à son handicap.

Question 7 :

A la consultation du 3.2.2014 le patient nous semble extrêmement sain, posé, et ouvert à l'autre. Il se dit d'un naturel introverti et calme. Son caractère peut naturellement être influencé par son parcours de vie. Il a également dû adapter ses envies de formation professionnelle aux possibilités concrètes relatives à son handicap.

Question 8 :

Le patient nous dit que ses troubles de l'équilibre sont moins importants qu'avant mais à ses dires il semble que quelques troubles de proprioception persistent. Ceci pourrait éventuellement être travaillé avec l'aide d'un physiothérapeute.

Question 9 : //

Question complémentaire du recourant :

10.

Nous ne comprenons pas le terme d'accoutumance ce qui nous semble pas adapté. Un fois de plus, les tâches qui ne sont pas réalisables sans 2ème main ne pourront jamais le devenir.

11.

Il ne nous semble pas que M. U. _____ ne veuille pas accepter son handicap. Il n'a par contre pas envie d'être tenu uniquement pour un handicapé que l'on tient à l'écart de la vie sociale. Il souhaite au contraire s'intégrer au mieux et participer à la vie socio-professionnelle le plus normalement possible. Un soutien, notamment sous forme d'aide à la réalisation de certaines tâches comme mentionnées au point 5, lui permettrait de réaliser au mieux les ambitions, justes, qu'il a pour lui-même et que l'on ne devrait qu'encourager.

12.

Un ergothérapeute est passé à domicile et n'a pas pu faire de proposition susceptible d'améliorer le quotidien du patient ».

Dans son rapport médical du 9 février 2009 (recte : 2014), le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué ce qui suit :

« En préambule au questionnaire je signale toutefois que le patient est suivi à ma consultation que depuis 2009.

1, 2, 3 et 4. Je pense que les réponses à ces questions sont plus pertinentes si elles sont données par le Dr J._____ lui-même qui suit le patient depuis très longtemps.

5. A mon vis (recte : avis), les limitations sont quasi nulles pour s'habiller, se laver ou manger, toutefois le patient a des difficultés pour couper les aliments faire la cuisine ou faire la lessive.

6. Connaissant le patient que depuis 2009 je n'ai pas remarqué d'évolution notable au niveau de l'autonomie.

7. Le patient me semble avoir accepté son handicap par contre l'utilisation d'une prothèse est difficile. En ce qui concerne les contacts sociaux il ne me semble pas qu'il y ait de difficultés de ce côté-là.

8. Le patient n'a plus besoin d'aide ou d'accompagnement pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison. Il persiste toutefois une légère perte d'équilibre mais nécessitant pas l'aide d'un tiers.

10. A ma connaissance le patient n'utilise pratiquement pas la prothèse qu'il a, cette dernière étant très lourde provoquant des irritations au niveau du moignon du MSD [membre supérieur droit] et constituant plutôt une gêne dans son travail d'employé de commerce.

11. La réticence de Monsieur U._____ de s'équiper de certains moyens auxiliaires semble plutôt d'origine pratique, il sera certainement un peu limité au niveau du ménage et de la cuisine malgré l'apport d'une prothèse ».

Dans ses déterminations du 29 avril 2014, le recourant a confirmé les conclusions de son recours, rappelant une fois encore qu'il n'existait aucun motif de révision, le handicap étant toujours le même pendant la période comprise entre juillet 2005 et décembre 2010, ce qu'à son avis avaient confirmé, à tout le moins partiellement, les deux médecins interrogés. Le recourant a en particulier fait à nouveau valoir qu'un besoin d'aide devait être reconnu pour les actes se vêtir/se dévêtir, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et pour entretenir des contacts sociaux. Il rappelle également qu'aucun moyen auxiliaire ne lui a été concrètement proposé et qu'il ne saurait être exigible de sa part de porter d'autres vêtements que ceux appropriés à sa situation sociale et professionnelle.

Le 5 mai 2014, l'OAI a conclu à la confirmation de sa décision du 9 décembre 2010, relevant en particulier ce qui suit :

« L'acte " se laver " peut être réalisé de manière autonome, tel que cela est confirmé par la Dresse T. _____ (cf. son rapport du 6 février 2014). Cela signifie qu'il y a bien eu une évolution depuis 2005, époque à laquelle cet acte nécessitait de l'aide, et donc qu'il y a déjà là motif à révision, en ce sens qu'un besoin d'aide ne peut plus à cet égard être retenu.

Le recourant a indiqué lui-même subir moins de troubles de l'équilibre qu'avant et donc qu'à cette aune également la situation a évolué. Le Dr X. _____ confirme que les déplacements peuvent être effectués sans aide. En outre, l'hypothèse, avancée par le recourant, d'un problème d'acceptation du handicap peut être définitivement écartée. Autrement dit, un besoin d'aide pour l'acte " se déplacer / entretenir des contacts sociaux " ne peut être admis.

Les médecins consultés ne se sont pas préoccupés de la notion d'obligation de réduire le dommage, ce légitimement étant donné que cette notion ne relève pas de la médecine. Or, ce critère joue un rôle fondamental, notamment en ce qui concerne les actes " se vêtir / se dévêtir " et " aller aux toilettes ". A cet égard, nous persistons à nous joindre au raisonnement fait par votre Cour au considérant 4bb de son arrêt du 3 mai 2012 (annulé certes, mais pour des raisons étrangères au sujet ici abordé), lequel repose sur une jurisprudence constante. Le recourant ne développe tout simplement pas d'argument contraire convaincant.

Etant précisé que les actes " manger " (aide retenue) et " se lever " (aide non retenue) ne sont pas litigieux, c'est donc bien pour un seul acte de la vie quotidienne que la nécessité d'une aide peut être retenue, tel que cela a été le cas dans la décision du 9 décembre 2010 ».

Le 27 mai 2014, l'OAI a complété ses déterminations. Il a en particulier évoqué que contrairement à ce que paraissait penser le recourant, l'OAI ne le condamnait pas à porter des habits inadaptés à sa situation sociale et professionnelle, et qu'il existait à titre d'exemples, des chemises à boutons-pression, des pantalons à fermeture velcro ou boutons, des chaussures de ville à boucles ou des lacets élastiques à laçage permanent qui lui permettraient sans doute d'être autonome et élégant et qu'il s'agissait de choix adaptés à faire afin de gagner en autonomie.

Le 24 juin 2014, le recourant a encore relevé qu'à son avis, les rapports médicaux de la Dresse T. _____ et du Dr X. _____ permettaient d'établir l'absence de toute évolution de son autonomie dans

l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, son impossibilité non fautive de s'équiper de moyens auxiliaires et son impossibilité de vivre de manière indépendante à domicile.

Une expertise judiciaire a été confiée aux Doctoresses M._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Bureau d'expertises W._____. (ci-après : W._____). Dans le cadre de l'expertise, une évaluation des capacités de l'assuré dans les activités de la vie quotidienne a également été réalisée par un ergothérapeute.

En réponse aux questions du tribunal, les expertes ont expliqué, dans leur rapport du 18 juin 2015 que l'assuré ne portait plus de prothèse depuis 2009 environ, cette prothèse étant lourde, peu confortable, peu précise et ne permettant pas les mouvements fins, en particulier couper la viande, boutonner une chemise, lacer les chaussures, ou se raser. Il ressort encore ce qui suit de l'expertise :

« 4. Dans le rapport du 18 septembre 2008 du Dr J._____ est indiqué que U._____ s'était très bien habitué à son handicap. Cela signifie-t-il qu'il existe dans de tels cas une adaptation ?

Si l'on prend la définition de l'ajustement fonctionnel au milieu, on ne peut parler d'adaptation car le membre manquant fait qu'il n'y a plus d'activité bi-manuelle possible.

M. U._____ a dû en revanche développer, comme il le dit lui-même, « la dextérité de la main gauche », alors qu'il était droitier. Des phénomènes de neuroplasticité interviennent au niveau du système nerveux central pour permettre une commande plus fine et précise de la main gauche non dominante, dans de tels cas. On peut parler d'une habitude au handicap, partielle.

Il a aussi dû développer des phénomènes compensatoires dans sa gestuelle. J'ai observé par ex. que pour mettre sa veste, il lance de manière très habile et énergique son vêtement par l'arrière du tronc, vers son bras droit pour pouvoir enfiler la manche.

Ce geste est impossible à réaliser de cette manière et avec une telle précision par une personne qui tenterait ce geste pour la première fois.

C'est dans ce sens que le Dr J._____ parle d'une habitude au handicap, je le pense.

M. U._____ peut faire des gestes utiles en ayant trouvé d'autres postures et d'autres incidences et angles de mouvements. Il est volontaire pour être le plus autonome possible malgré son handicap.

Il explique que de tout temps, il s'est dit que c'était à lui de s'habituer au handicap et d'apprendre à faire les gestes adéquats. C'est ainsi qu'il a appris à être autonome sur son ordinateur. Il est plus rapide si on lui positionne un 2^{ème} clavier à gauche, pour saisir de longues séries de chiffres, mais il a appris à le faire sur un seul clavier au besoin.

Même s'il s'est adapté le mieux possible, il lui faut plus de temps pour les activités de la vie quotidienne et, comme on l'a vu lors du bilan d'ergothérapie, pour gérer les activités ménagères.

Quelle incidence cette adaptation au handicap a-t-elle en terme d'autonomie ?

Il peut s'habiller seul, sauf pour des gestes nécessitant à tout prix l'usage bi-manuel, comme le boutonnage, le laçage, la fermeture éclair d'un jeans ou le bouton souvent plus résistant d'un jeans. Il lui est difficile de se raser de près au niveau du maxillaire inférieur, de la région sous-mentonnière, du cou.

Il a acquis la dextérité pour gérer l'usage de l'ordinateur d'une seule main ce qui lui a permis de réussir sa formation. Mais pour l'archivage, il éprouve des difficultés pour déplacer des boîtes dépassant 5-6 kg, notamment en hauteur.

Il lui est difficile d'appliquer un déodorant au niveau de l'aisselle gauche. Il lui est impossible de se couper les ongles de la main gauche, il lui est difficile de se couper les ongles des pieds sans danger de se couper au niveau de la pulpe.

Au prix d'un grand effort de volonté il s'est mis aux sports. Passionné de football américain, il a réussi à intégrer une équipe d'amateurs avec des sportifs sans handicap.

Il a appris à conduire une voiture adaptée à son handicap.

Il peut gérer ses courses.

Pour les activités ménagères, le bilan du [...] montre des difficultés et une lenteur d'exécution. Son rendement est diminué de moitié à ce que l'ergothérapeute nous a évoqué lors de notre travail de synthèse.

Pour U._____, cas échéant, quelle a été l'évolution de cette autonomie depuis juillet 2005 ? Peut-on la considérer comme importante ?

En juillet 2005, M. U._____ utilisait plus fréquemment sa main prothétique comme appui, mais pas pour le sport.

Dans les sports de contact cela est interdit.

Il n'y a pas de modification notoire de son autonomie depuis lors si ce n'est qu'il est devenu adulte.

C'est au moment de vivre sans sa mère que M. U._____ va éprouver des difficultés pour gérer seul son ménage. Il est autonome mais tout lui prend plus de temps.

5. Quelles sont les limitations que rencontre U._____ au quotidien pour manger, s'habiller ou se laver ?

Cf. bilan d'ergothérapie et notre discussion.

Ces limitations sont-elles, selon vous susceptibles d'amélioration par l'utilisation de moyens auxiliaires ?

Comme vous l'a mentionné la Dre T._____, assistante du Prof. J._____, en février 2014, M. a décidé de ne plus utiliser de prothèse.

J'ai parlé avec lui des progrès techniques des prothèses, notamment du bras robotique de type Bebionic qui permet de fermer, ouvrir la main, de prendre des objets, pointer du doigt, porter un verre à sa bouche. J'ai aussi évoqué à M. les prothèses d'implantation osseuse avec contrôle de la pensée qui sont à l'étude.

M. U. _____ a actuellement une attitude très claire, déçu par les prothèses antérieures, il ne souhaite pas du tout se remettre à utiliser ce type de moyen auxiliaire.

N'ayant actuellement pas de moyen plus efficace, précis, qu'il pourrait utiliser toute la journée, susceptible de diminuer son handicap pour les gestes qu'il n'arrive pas à faire, il n'est pas exigible de forcer M. U. _____ à utiliser une prothèse.

Cas échéant lesquels ?

On ne peut toutefois pas prédire que M. U. _____ ne change pas d'avis en fonction des progrès de la science dans un futur moyen ou plus lointain.

Il peut avoir besoin de moyens auxiliaires plus importants avec les processus du vieillissement où il sera moins souple au niveau de la nuque et du tronc pour compenser l'utilisation du moignon, court.

Il devrait toujours s'assurer d'avoir une poignée à portée de sa main gauche pour le bain ou la douche.

6. En comparant la situation prévalant pour l'assuré entre 2005, lorsqu'il était âgé de 14 ans et 2010, pouvez-vous indiquer au tribunal si un changement notable relatif à son autonomie a eu lieu ou aurait pu avoir lieu cas échéant dans quelle proportion et pour quelles raisons?

La situation entre 2005 et 2010 n'a pas notablement changé. Aucun progrès dans son autonomie n'est survenu, il a mûri, il est devenu adulte et accepte mieux son handicap.

7. Avez-vous constaté pour l'assuré des difficultés à accepter son handicap et dès lors entretenir des contacts sociaux ?

M. U. _____ a une amie depuis 7 ans. Il vit dans son milieu familial proche encore auprès de sa mère et de son frère. Il ne décrit pas d'autre relation sociale que celles qu'il entretient au sein de ses équipes sportives, et au travail. Mais dans ce contexte, il entretient de bons contacts sociaux.

Ces difficultés ont-elles, cas échéant, évolué entre 2005 alors que l'assuré était encore mineur et 2010 après sa majorité ?

Il apparaît plus serein face au handicap.

J'ai toutefois relevé dans les rapports médicaux qu'il s'est blessé récemment la main gauche, lors d'un acte de violence contre lui-même alors qu'il s'était disputé avec sa mère.

L'experte psychiatre a rediscuté de cet épisode avec lui.

M. U. _____ a pu acquérir un permis de conduire et il s'est acheté une voiture d'occasion qu'il a fait équiper pour son handicap.

En dehors de la période difficile qu'il a traversée lors de son chômage, il dit qu'il sort régulièrement aux entraînements après son travail et qu'il mène une vie normale.

Quelles incidences peuvent-elles avoir sur l'autonomie quotidienne et les limitations fonctionnelles de U._____ ?

Les difficultés psychologiques à gérer le handicap ne m'apparaissent pas interférer sur la vie quotidienne. M. fait tous les efforts nécessaires pour diminuer le plus possible son handicap.

8. En 2009, la mère de l'assuré a expliqué que son fils perdait l'équilibre en raison de son amputation et qu'il avait de ce fait besoin de son aide pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison. Quel est votre avis objectif sur la question ?

M. U._____ se donne beaucoup de peine pour gérer ce problème d'équilibre. Il fait du sport de manière autonome. Il n'a pas besoin de sa mère pour se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison.

Toutefois j'ai observé qu'en raison de l'absence de l'avant-bras droit, il adopte une gestuelle de la main gauche, il a développé une musculature plus importante à gauche et cela donne lieu à une importante dysbalance musculaire, non seulement distalement mais aussi proximale au niveau de la racine du bras, au niveau de la ceinture scapulaire. Le grand dorsal est moins développé à droite, ainsi que le deltoïde.

Il se tient assis avec appui sur le coude gauche, en inclinaison du tronc sur la gauche et adopte une sorte d'héminégligence de la racine du membre supérieur droit, dont il a peu d'utilité.

Il est dès lors compréhensible que lors de certains mouvements rapides, de déplacement en retournement, il puisse se taper ou manquer d'équilibre, n'ayant plus un ballant des bras symétrique d'une part parce que le poids n'est plus le même d'autre par l'amplitude des gestes est différente.

Si l'on observe les mouvements gyroscopiques lors d'une activité d'équilibre du corps humain, dans le positionnement des bras notamment, on comprend aisément que M. U._____ a perdu les gestes réflexes proprioceptifs et les amplitudes compensatoires à droite.

Cela s'explique-t-il médicalement parlant et cas échéant ces pertes d'équilibre sont-elles à ce point importantes que U._____ ait besoin de l'aide d'un tiers pour se déplacer ?

Par sa pratique sportive, il s'est rééduqué de lui-même au meilleur fonctionnement possible et peut se passer de l'aide de sa mère pour ses déplacements.

Avez-vous ou constater un changement à cet égard entre les périodes précitées?

M. U._____ a gagné sans doute en assurance à l'âge adulte. Il est intégré au travail, au sein d'équipes sportives.

9. Dans la mesure où vous constateriez des troubles proprioceptifs, quels sont-ils?

J'ai constaté ces troubles lors du retournement rapide, ainsi qu'en position statique prolongée, assis sur sa chaise.

Peuvent-ils être améliorés par des mesures simples ? Cas échéant lesquelles ?

J'ai rendu attentif M. U._____ à l'asymétrie de la tenue de son tronc durant l'examen et il s'est spontanément corrigé.

On pourrait améliorer ses dysbalances musculaires axiales par de la tonification du membre supérieur amputé, proximale, en appliquant des poids circulaires et en demandant des exercices répétitifs contre cette résistance en flexion, en extension du bras, en abduction et adduction de l'épaule pour récupérer les volumes des muscles proximaux.

On peut aussi rendre M. attentif à cette position non ergonomique risquant à terme de provoquer des tensions musculaires. M. se plaint du reste de douleurs cervico-scapulaires notamment le matin au réveil.

Il faudrait voir comment il dort, dans quelle position et s'il dispose d'un appui ergonomique de la tête.

Votre pronostic par rapport à de telles mesures ?

Cela permettra d'éviter que des dysbalances musculaires ne créent des tendinopathies en cascade, avec risque de douleurs qui se chronicisent.

10. Pour les actes de la vie quotidienne pour lesquels le recourant rencontre des difficultés, existe-t-il des moyens auxiliaires qui peuvent être facilement mis en place pour lui faciliter ces gestes ?

M. a besoin de l'aide d'un tiers, pour lacer ses chaussures, boutonner une chemise, un jeans, faire un noeud de cravate. Actuellement le dress-code à son travail exige le port d'un costume, à des occasions particulières, autour de la fréquence mensuelle. Mais il doit porter une ceinture tous les jours, il doit boutonner son pantalon, et lacer ses baskets notamment lors des multiples entraînements de sport. Pour cela il a besoin d'aide. On peut évaluer de manière générale qu'au moins une fois/jour il a besoin d'aide et parfois plusieurs fois/jour.

Pour manger, M. a besoin d'aide pour couper les aliments. Il a besoin d'aide pour dévisser des couvercles, ouvrir certains emballages d'aliments. Il n'a pas de troubles dentaires ni de déglutition justifiant un régime liquide ou semi-liquide.

Il peut se raser mais avec difficulté ne pouvant tendre correctement la peau en regard des zones mentonnières et sous-mandibulaires avec son moignon. La baignoire ou la douche doivent être équipées de poignées sécuritaires mais il peut se laver de manière autonome avec un moyen auxiliaire pour la région axillaire gauche.

Il est autonome pour aller aux toilettes sauf pour remettre les boutons de pantalons.

Nous n'avons pas trouvé de moyens auxiliaires permettant de diminuer le dommage suite au bilan d'ergothérapie.

Cas échéant lesquels ?

Il faudra dans ses futurs appartements s'assurer qu'il y ait une poignée sécuritaire au niveau de la baignoire ou de la douche. Selon l'évolution des dysbalances musculaires, il faudra prévoir que le poste de travail soit ergonomique et adapté au handicap.

Quel est leur objectif ?

Afin de diminuer les mouvements compensatoires du tronc en flexion/porte-à-faux et de diminuer l'appui sur le coude droit siège d'une dislocation du radius.

Dans quelle mesure peut-on cas échéant exiger de l'assuré qu'il les mette en place?

Actuellement, ils ne sont pas nécessaires, M. n'a du reste pas de douleurs en relation avec les dysbalances musculaires. Comme le relate l'experte psychiatre, il ne souhaite pas en ce début d'autonomisation de l'âge adulte qu'on renforce son image de handicap.

Une certaine fragilité psychique doit être prise en compte et l'on ne peut pas exiger tant que le patient est aidé par sa mère que d'autres moyens ne soient mis en place.

Notamment on ne peut lui imposer un code vestimentaire avec des vêtements différents de ceux de ses collègues.

Il faut envisager lorsqu'il vivra seul ou en couple de réévaluer la situation.

11. Toute autre remarque que vous pourriez formuler.

Si la situation apparaît stable chez un jeune homme qui se déclare sportif et fait un sport de contact énergique, nous suspectons des risques de décompensation psychologique en cas de changement de milieu de vie, une fragilité du poste de travail.

Forcer ce patient à des vêtements différents apparaît une demande en-dessus de ses forces, à ce que nous constatons. M. se donne beaucoup de peine pour être intégré malgré son handicap. Il ne faudrait pas en ajouter à sa différence.

B. QUESTIONS DU RECORANT

1. Merci de décrire les problèmes de proprioception et d'équilibre du recourant et leur évolution de 2005 à 2010.

Cf. sous point 8 et 9 ci-dessus. Il existe un déséquilibre évident par le status d'amputation du membre supérieur droit distalement et l'hypotrophie du bras et de la ceinture scapulaire. Cela se répercute sur la gestuelle du tronc.

Nous l'avons mis en évidence cliniquement à l'examen rhumatologique et lors du bilan d'ergothérapie.

2. Merci de décrire le handicap du recourant et son évolution globale de 2005 à 2009.

Empêchement de la dextérité bi-manuelle (cf. détails dans le status clinique et le bilan d'ergothérapie). Evolution psychique difficile lors des apprentissages, des difficultés à trouver un emploi.

3. Dans le cas où il s'agit d'une question médicale, merci de décrire l'évolution dans le temps intervenue au niveau de l'accoutumance au handicap de 2005 à ce jour, et, respectivement, pour la période antérieure.

L'accoutumance est survenue déjà au cours de l'enfance et du développement. M. est beaucoup plus habile avec l'intégration du membre amputé que si cela était survenu à un âge plus tardif ou à l'âge adulte.

Il n'y a pas plus d'accoutumance de 2005 à ce jour. L'accoutumance était amplement développée en 2005. Pas de modification sur ce plan

mais acquisition d'une meilleure assurance à l'âge adulte pour gérer le handicap dans la vie sociale.

C. QUESTIONS DE L'OAI

1. Acte « se vêtir » (merci de répondre aux questions de manière détaillée)

1.1. Le handicap du bras droit de notre assuré est-il susceptible de l'empêcher de s'habiller sans aide ?

Oui.

1.2. Dans l'affirmative, quelle(s) pièce(s) d'habillement pose(nt) problème à cet égard, et en quoi ?

Pour se boutonner, mettre une cravate, lacer ses chaussures, fermer un jeans ou certains types de pantalons.

1.3. Le choix d'habits adaptés au handicap permettrait-il à notre assuré de s'habiller de manière autonome ? Cas échéant, lesquels ?

M. doit répondre à un code vestimentaire dans son travail. On ne peut lui imposer des habits adaptés. Il gère déjà un handicap important, avec un membre amputé. Il est motivé dans son travail et intégré. On ne peut lui imposer des habits différents de ceux qu'exige le code vestimentaire d'un employé de commerce, on ne peut lui imposer des habits qui n'existent pas dans le commerce et selon la mode de son âge, ce serait stigmatiser le handicap à distance du bras et cela ne nous apparaît pas approprié.

Il n'est pas tenu compte par ailleurs que le remplacement de boutons par du velcro prend du temps et que M. ne serait pas autonome pour faire ce remplacement.

Enfin en raison de traits de personnalité identifiés par l'experte psychiatre, une fragilité est sous-jacente et pourrait être décompensée par l'usage de vêtements différents de l'usage habituel.

1.4. Connaissez-vous des patients souffrant d'un handicap analogue étant autonomes à cet égard ?

J'ai en effet suivi et participé à des programmes de rééducation de patients amputés. Avec un bras amputé, je n'ai jamais vu aucun patient avec des aptitudes meilleures que celles de votre assuré pour les gestes nécessitant l'usage des deux mains. Certains patients ont mieux accepté les prothèses pour des raisons esthétiques pour sortir mais cela ne leur permettait pas plus d'autonomie dans les gestes fins. Ces prothèses ne permettent pas cela. Elles servent d'appui. On a pu démontrer que l'on peut casser un oeuf au prix d'un long apprentissage de la prothèse, mais pas pour des mouvements nécessitant plus de force ou de dextérité.

Cas échéant pour quel(s) motif(s) notre assuré ne parvient-il pas à ce résultat ?

Pour des raisons anatomiques.

2. Acte « faire sa toilette » (merci de répondre aux questions de manière détaillée)

2.1. Le handicap du bras droit de notre assuré est-il susceptible de l'empêcher de faire sa toilette sans aide ?

Pour les soins proximaux du membre supérieur gauche, appliquer un déodorant, oui.

Pour couper les ongles de sa main gauche, les ongles de ses pieds, oui.

Pour se sécher correctement le dos après un bain, oui.

Pour se raser de près certaines zones du visage, oui.

2.2. Dans l'affirmative, quel(s) gestes(s) pose(nt) problème à cet égard, et en quoi ?

Le manque de la 2^{ème} main pour les gestes nécessitant une activité bi-manuelle coordonnée. Aucune prothèse actuelle ne permet les gestes évoqués ci-dessus à ma connaissance.

Des développements scientifiques sont en cours mais les prothèses prototypées ne sont pas encore d'usage courant pour un cas comme votre assuré.

2.3. Des adaptations de la salle de bains pourraient-elles rendre notre assuré autonome pour sa toilette (ex : brosse fixée au mur, sèche-cheveux, siège de douche) ?

Non. Mais par sécurité, il faut s'assurer que ses logements seront équipés de poignées de bain.

2.4. Connaissez-vous des patients souffrant d'un handicap analogue étant autonomes à cet égard ? Cas échéant, pour quel(s) motif(s) notre assuré ne parvient-il pas à ce résultat?

Oui, je connais des patients souffrant d'une amputation d'un bras. Ils sont affectés du même handicap, voire de handicap supérieur si le moignon est douloureux par ex.

3. Acte « aller aux toilettes » (merci de répondre aux questions de manière détaillée),

3.1. Peut-on se référer intégralement aux réponses apportées à la question n°1 (acte « se vêtir ») s'agissant du fait de se rhabiller après être allé aux toilettes?

Oui.

4. Acte « se déplacer » (merci de répondre aux questions de manière détaillée)

4.1.1. Le handicap de notre assuré l'empêche-t-il de faire usage des transports publics ?

Quand les bus sont très peuplés, aux heures de pointe, M. peut être en difficulté pour se tenir debout en toute sécurité, selon la proximité d'une barre d'appui. Il peut se munir d'un sac à dos, mais pour le port d'autres sacs, ou charges, il ne peut utiliser un bus avec un seul bras pour tenir son sac, et/ou s'appuyer.

4.2. La conduite d'un véhicule automobile adapté au handicap serait-elle cas échéant susceptible de poser problème ?

Non.

5. Soins (merci de répondre aux questions de manière détaillée)

5.1. Le moignon nécessite-t-il des soins (notamment massage avec de la crème), que notre assuré ne pourrait pas gérer seul de manière acceptable ?

Non, pas plus que les autres parties du corps actuellement. Il applique une crème lorsque la peau est desséchée.

6. Accompagnement (merci de répondre aux questions de manière détaillée)

6.1. Le handicap de notre assuré l'empêcherait-il de vivre de manière indépendante ?

Il serait notablement retardé dans ses journées car tout lui prend plus de temps. Cf. bilan d'ergothérapie.

Autrement exposé, si l'assuré devait être livré à lui-même, serait-il amené à terme à vivre en institution ?

Non. Il lui faudrait l'aide d'une femme de ménage, quelques heures/semaine pour le soulager des tâches les plus astreignantes et non ergonomiques pour lui.

6.2. Le handicap de notre assuré l'empêche-t-il de faire face aux nécessités de la vie et d'établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne?

Non. Mais il vit avec relativement peu de contacts Cf. expertise psychiatrique.

6.3. Le handicap de notre assuré pourrait-il avoir pour conséquence que ce dernier s'isole durablement du monde extérieur? Cas échéant, pour quel(s) motif(s) particulier(s) ?

Une certaine fragilité sous-jacente pourrait avoir cette conséquence (cf. expertise psychiatrique). En cas de difficulté intercurrente supplémentaire dans sa vie affective ou professionnelle, le ressenti du handicap peut s'avérer plus difficile. Selon l'expert psychiatre, Monsieur présente des traits narcissiques, susceptibles selon les circonstances existentielles de se décompenser sur un mode dépressif (tel a été le cas courant 2014).

Questions générales (merci de répondre aux questions de manière détaillée)

6.4. Peut-on affirmer que notre assuré a fait des progrès en termes d'autonomie depuis 2005, soit lorsqu'il avait 14 ans ?

Non, je ne le vois pas. Situation visiblement stationnaire.

6.5. Existe-t-il en particulier un problème d'ordre médical avant pour conséquence un problème insurmontable d'acceptation du handicap ?

Cf. expertise psychiatrique

6.6. Pensez-vous que notre assuré entreprenne tout ce qui est raisonnable de l'être pour assurer son autonomie ?

Nous trouvons que ce jeune homme se débrouille plutôt bien et ne larmoie pas sur son sort. Il travaille à plein temps, a une copine et des projets de cohabiter cette année avec son amie.

6.7. Pensez-vous que l'aide apportée par la mère de l'assuré, en particulier concernant les soins donnés au moignon et les mesures relatives à l'accompagnement de son fils va au-delà de ce qui est objectivement nécessaire ? Merci d'objectiver votre réponse.

Sa mère qui l'a entouré depuis l'accident l'aide dans la mesure du possible, d'une part pour certains actes de la vie quotidienne, c'est

nécessaire, d'autre part, cela gagne du temps à l'expertisé moins habile qu'une autre personne, pour les activités ménagères.

Cela permet à l'assuré de sortir faire du sport, ce qui est important aux yeux de sa mère pour sa vie sociale, son plaisir.

Sur le plan psychiatrique, l'aide apportée à l'expertisé par sa mère paraît adéquate et ne dépasse pas ce qui est nécessaire.

6.8. Est-il plausible que l'assuré subisse des troubles de l'équilibre significatifs en raison de son handicap ?

Oui, mais il les gère remarquablement, voire au-delà par le choix de ses sports. Avec les années, et son surpoids, cela risque de devenir plus difficile.

6.9. Cas échéant cela a-t-il un impact du point de vue des questions 1 à 6?

Pour prendre le bus aux heures de pointe, les ports de charge, notamment en hauteur ou en zone basse avec rapidité, pour entrer-sortir de sa baignoire.

Remarque de l'experte : M. est parfaitement collaborant, adéquat. Il n'a émis aucune plainte ni aucun signe clinique de discordance ou d'amplification.

L'évocation du handicap correspond effectivement au manque de l'avant-bras et de la main droite.

Il faudra tenir compte que le coude droit est anatomiquement déformé, la tête radiale étant disloquée de l'humérus. S'il sert d'appui (par ex. lorsqu'il tient le balai ou autre ustensile de ménage), avec le temps, il y a un risque d'arthrose du coude ».

Il ressort en outre ce qui suit du bilan d'ergothérapie :

« M. U. _____ a été évalué au travers de mises en situation dans des activités de la vie quotidienne, des activités et une activité professionnelle domestique (transfert baignoire, habillage, déplacement d'objets en cuisine, faire la vaisselle, étendre et plier du linge, déplacement d'un chariot de courses, repassage, passer le balai, transporter une caisse d'archivage).

Il en ressort que M. U. _____ présente une diminution de sa performance dans toutes les activités qui nécessitent l'usage des deux mains pour maintenir, stabiliser ou prendre des objets lors de manipulations bi-manuelles. Il en ressort une augmentation du temps pour réaliser la plupart des activités et le besoin d'aide d'une tierce personne pour réaliser certaines activités. Il a besoin du double de temps d'une personne normale, à ce que j'ai évalué.

Mr. réalise certaines activités en adoptant une posture combinant la flexion, l'inclinaison et la rotation du tronc avec rapidité et une certaine aisance. Il a besoin d'une aide totale pour la réalisation des nœuds au niveau de l'habillage, comme par exemple faire ses lacets ou un nœud de cravate (répondre au dress code dans son milieu professionnel) ».

Dans ses déterminations du 17 août 2015, Procap a relevé que les conclusions de l'expertise confirmaient le droit du recourant à

bénéficiaire d'une allocation pour impotent au motif qu'il existait un besoin d'aide pour se vêtir, un besoin d'aide pour aller aux toilettes, ainsi que pour faire sa toilette, rappelant que le besoin d'aide pour l'acte " manger " n'était pas litigieux. Procac a encore relevé que les experts n'avaient pas trouvé de moyens auxiliaires permettant de diminuer le dommage, l'assuré respectant par ailleurs cette obligation. Il n'était en particulier pas exigible de le forcer à porter une prothèse.

Dans ses déterminations du 18 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère qu'il est difficile de partager le point de vue des expertes selon lesquelles il n'y a pas eu d'accoutumance au handicap depuis 2005, si ce n'est une meilleure assurance pour gérer le handicap dans la vie sociale et l'accoutumance s'étant faite pour l'essentiel avant. Il relève par exemple qu'en 2005, une aide était non seulement nécessaire pour le boutonnage et le laçage, mais qu'il fallait également préparer les habits et les présenter au recourant dans le bon sens afin qu'il puisse les enfiler. L'OAI est également d'avis qu'il est admissible de la part du recourant, sous l'angle de son obligation de diminuer le dommage, de choisir des fermetures adaptées pour ses vêtements, ce qui le rendrait également indépendant pour aller aux toilettes et qu'il pourrait utiliser un déodorant " spray " et un sèche-cheveux pour se sécher le dos, pour faciliter l'acte de faire sa toilette. Il considère que la réduction du dommage n'impliquerait pas tant de sources de stigmatisation que ce que semblaient penser les experts et estime que le risque d'atteinte narcissique existe aussi lorsqu'une aide doit être sollicitée. L'OAI produit en outre un avis médical du 13 juillet 2015 du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) auquel il a soumis le rapport d'expertise, qui a notamment la teneur suivante :

« En conclusion, l'expertise du W._____ démontre de manière médicalement logique que l'assuré requiert de facto l'aide d'un tiers dans au moins deux domaines (manger, se vêtir) et dans un troisième domaine de manière moins évidente (soins personnels), donc que son degré d'impotence est inchangé depuis 2005 et que le fait de le contraindre à des choix vestimentaires qui peuvent sembler dérisoires à un bien-portant risquerait de décompenser son fragile équilibre psychique ».

E n d r o i t :

1. La présente cause procède du renvoi ordonné par le Tribunal fédéral à la juridiction de céans.

2. A la suite de ce renvoi, il convient d'examiner le droit du recourant au maintien d'une allocation pour impotent de degré moyen, dans le cadre d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), après que l'assuré est devenu majeur. En effet, le passage à l'âge de la majorité d'un assuré mineur doit être examiné sous l'angle de la révision et non comme un nouveau cas d'assurance. Le droit à l'allocation pour impotent ne peut ainsi être évalué complètement et librement à la majorité (ATF 137 V 424).

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Compte tenu de cette disposition, les règles, notamment jurisprudentielles, relatives à la révision des rentes s'appliquent par analogie à d'autres prestations durables comme l'allocation pour impotent.

Le point de savoir si un changement important de circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision d'octroi entrée en force et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 s.; cf. également TF 9C_492/2010 du 31 mars 2011 consid. 2.1).

La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré,

relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (in casu d'impotence) (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé qui est resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités).

Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la prestation (cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

b) En cas de révision, le pouvoir d'examen du juge est en principe limité à l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b).

4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, 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. Selon l'art. 42 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), ont droit à une allocation pour impotent, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse.

L'art 42 al. 2 LAI prévoit trois degrés d'impotence (grave, moyenne ou faible), précisés à l'art. 37 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

A teneur de l'art. 37 al. 1 RAI, il y a impotence grave lorsque l'assuré est entièrement impotent, à savoir qu'il nécessite une aide régulière et importante pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle permanente.

L'impotence est moyenne (art. 37 al. 2 RAI) si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

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

L'impotence est faible en revanche, si, conformément à l'art. 37 al. 3 LAI, l'assuré, même avec des moyens auxiliaires a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

b) Selon la jurisprudence (ATF 127 V 94 consid. 3c p. 97 ; 125 V 297 consid. 4a p. 303, et les références ; cf. également TFA I 43/02 du

30 septembre 2002 consid. 1), sont déterminants les six actes ordinaires suivants :

1. se vêtir, se dévêtir,
2. se lever, s'asseoir, se coucher,
3. manger,
4. faire sa toilette,
5. aller aux WC,
6. 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 121 V 88 consid. 3c ; ATF 117 V 146, consid. 2 ; 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 (CIIAI valable au 1^{er} janvier 2010 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 ; Pratique 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 pour conclure à l'existence d'une impotence (TFA I 294/00 du 15 décembre 2000, consid. 4f et les références ; CIIAI, ch. 8013).

5. a) aa) Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPG). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective

tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt que sur une autre (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant

(ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

bb) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête d'évaluation de l'impotence, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 130 V 61 consid. 6.2 p. 63 ; cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353 ; cf. TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2).

b) En l'occurrence, l'expertise mise sur pied auprès du [...], à la suite du renvoi du Tribunal fédéral à la Cour de céans, procède d'un examen complet et détaillé au cours duquel la Dresse M._____ a pris soin de s'adjoindre les services d'une spécialiste en psychiatrie et de faire procéder à un examen de la situation du recourant sous l'angle ergothérapeutique. L'expertise doit en conséquence être considérée comme probante. Elle n'est d'ailleurs remise en question ni par le recourant ni par l'intimé bien que ce dernier ait formulé à son encontre des observations dans ses dernières déterminations du 18 août 2015. Il n'en a pas pour autant déduit qu'elle n'aurait pas de valeur probante. En outre, ce rapport confirme dans une large mesure les informations transmises par le Dr J._____, médecin traitant, et les enquêtes menées dans le cadre des révisions des prestations d'impotence conduites par l'autorité administrative.

6. Sur la base des documents du dossier, il convient ainsi d'examiner si un changement important de circonstances pouvant conduire à la modification du droit à une allocation d'impotence de degré moyen s'est produit entre la décision du 7 juillet 2005 et la décision litigieuse du 9 décembre 2010, objet de la présente procédure. Le recourant allègue que son handicap est resté identique et que son degré d'impotence n'a pas évolué de manière sensible, de sorte qu'il reste dépendant de l'aide régulière et importante de sa mère pour accomplir les actes « se vêtir », « manger », « faire sa toilette », « aller aux toilettes », ainsi que « se déplacer et entretenir des contacts sociaux ». Au contraire, l'intimé soutient qu'en raison de l'accoutumance au handicap, du développement de stratégies pour limiter les difficultés, et de l'acquisition d'une certaine maturité, le besoin d'aide régulier s'en trouve diminué, ne subsistant que pour l'acte de « manger », ce qui justifie la suppression de l'allocation pour impotent.

a) En préambule, il ressort du dossier que l'état de santé du recourant en lien avec l'amputation du tiers distal de son bras droit n'a connu aucune modification entre 2005 et 2010. A cet égard, les expertes ont relevé que la situation entre 2005 et 2010 n'a pas notablement changé du point de vue de l'autonomie de l'assuré, si ce n'est qu'il est devenu adulte, a mûri et accepte mieux son handicap (expertise du 18 juin 2015, p. 46 n° 6). Elles ont également relevé que l'accoutumance au handicap était déjà amplement développée en 2005, l'amputation étant intervenue durant l'enfance (expertise, p. 50, question 3 du recourant). Ceci est corroboré par l'opinion du Dr J. _____ (rapport médical du 6 février 2014, question 4), lorsqu'il indique que son patient n'a pour ainsi dire pas connu d'autre état que celui d'une main amputée et qu'il s'est en conséquence habitué à vivre ainsi, sans pour autant que cela signifie qu'il peut vivre comme s'il disposait de ses deux mains. Concernant la prothèse, dont le recourant a par ailleurs abandonné l'usage, les expertes ont relevé que celle-ci n'étant pas précise et ne permettant pas d'exercer les activités fines, elle ne pouvait servir qu'à soutenir certains objets légers ou permettre l'appui pour des activités bi-manuelles simples. Elle

n'améliore aucunement l'autonomie des actes pour lesquels le recourant a toujours besoin d'une aide régulière. En outre, partant des constats effectués par les expertes, le SMR a relevé dans son avis médical du 13 juillet 2015 que l'anomalie anatomique post-traumatique et la brièveté du moignon justifie que le recourant ne se serve plus de sa prothèse, de sorte qu'on ne peut lui en imposer le port.

b) Cela étant en procédant à un examen particulier des actes de la vie quotidienne à prendre en considération pour l'octroi de l'allocation pour impotent, on constate ce qui suit.

L'aide nécessaire relative à l'acte de « manger » n'a jamais été remise en question, tous les intervenants à la procédure s'accordant à dire qu'elle a toujours régulièrement été nécessaire au recourant, notamment pour couper les aliments. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

Pour les autres actes de la vie quotidienne retenus dans le cadre de la décision de juillet 2005 en revanche, les circonstances prévalant à cette date doivent être comparées à celles existant au moment de la décision litigieuse de 2010 et du passage du recourant à l'âge de la majorité.

S'agissant de l'acte de « faire sa toilette », même s'il ressort du rapport médical du Dr J. _____ du 6 février 2014 et de l'expertise (p. 49, 51) que le recourant peut se laver de manière autonome, moyennant l'installation de moyens auxiliaires simples, il reste dépendant d'une aide régulière et importante pour se sécher le dos, appliquer du déodorant sous l'aisselle gauche, se couper les ongles de la main et des pieds, ainsi que pour se raser. Dès lors, s'il faut admettre que les circonstances se sont quelques peu modifiées depuis 2005, le besoin d'aide régulière pour une partie des fonctions entrant dans l'acte de « faire sa toilette » est encore indispensable. D'ailleurs, un besoin d'aide pour effectuer cet acte ressortait déjà du rapport d'enquête de l'OAI du 18 juin 2009. On ne saurait dès lors retenir un changement important des circonstances permettant à lui seul le réexamen du droit.

Pour s'habiller, le recourant a certes développé des stratégies compensatoires dans sa gestuelle (expertise, p. 45), cependant rien n'indique qu'elles ne l'auraient été que depuis 2005. Au contraire, les expertes ont noté, comme on l'a évoqué précédemment (consid. 6a), que l'accoutumance au handicap était développée bien avant cette date. Il est d'ailleurs difficile de croire à cet égard que le seul passage à l'âge de la majorité ait permis à l'assuré d'acquérir le processus. Si en 2005, l'enquêtrice avait relevé un besoin d'aide pour la préparation de ses vêtements qui a disparu ultérieurement, on ne saurait retenir, à l'instar de l'intimé un changement notable des circonstances. En effet, au contraire des effets persistants et inchangés relatifs au boutonnage, laçage, ainsi que toute autre fonctionnalité nécessitant les deux mains, la préparation de vêtements dans le bon sens, n'était que le service rendu d'une mère à son fils adolescent pour lui faciliter la tâche. A l'âge de 14 ans, le recourant était déjà vraisemblablement capable de préparer seul ses vêtements. En revanche, le besoin d'aide pour boutonner chemises et pantalons, remonter une fermeture éclair et lacer ses chaussures n'a connu aucune amélioration entre 2005 et 2010. Aucun moyen auxiliaire n'a été mis en évidence dans le cadre du bilan d'ergothérapie mené par le service d'ergothérapie du [...] (expertise p. 49, 58) pour améliorer ces fonctions et les prothèses actuellement existantes ne permettent pas l'accès aux manipulations fines, comme on l'a relevé précédemment (consid. 6a). Force est ainsi d'admettre qu'aucune amélioration au sens de l'art. 17 LPGA peut être retenue pour cet acte. La question de l'obligation pour le recourant de réduire son dommage en utilisant des fermetures adaptées au handicap n'a par conséquent pas lieu d'être examinée ici dans la mesure où elle a déjà dû faire l'objet d'un examen approfondi en 2005, sur lequel, faute de changement notable à ce moment déjà, l'OAI n'a pas jugé adéquat de revenir. Il n'y a de surcroît objectivement pas plus de motifs permettant d'imposer de telles adaptations vestimentaires à l'âge de 18 ans qu'à celui de 14. Enfin, comme l'ont évoqué les experts (p. 49, notamment) et le SMR (appréciation médicale du 13 juillet 2015), il est difficilement concevable d'imposer à ce jeune adulte qui débute dans la vie professionnelle un code vestimentaire différent de celui de ses

collègues qui le stigmatiserait davantage dans son infirmité et pourrait représenter un risque de décompensation du fragile équilibre psychologique mis en place.

Pour l'acte d'« aller aux toilettes », le handicap est également resté le même, puisque le besoin d'aide persiste pour remettre les boutons (expertise, p. 49) et se rhabiller correctement (cf. notamment le rapport d'enquête du 18 juin 2009). Les remarques faites précédemment peuvent être réitérées pour cet acte également.

c) Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir qu'il n'y a pas eu de modifications notables entre les circonstances qui ont conduit à la décision du mois de juillet 2005 et celles dont l'examen est actuellement litigieux. L'examen du droit matériel menant à l'octroi d'une allocation pour impotence moyenne a été réalisé en 2005, de sorte que, faute de véritables motifs de révision, on ne saurait examiner à nouveau la situation au fond s'agissant notamment de la question de l'obligation de réduire le dommage. Dès lors, le recourant, qui dépendait toujours en 2010 de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre actes de la vie quotidienne, conserve son droit à une allocation pour impotence de degré moyen au-delà de sa majorité.

Peuvent ainsi se passer d'un examen approfondi, le besoin d'aide s'agissant des déplacements, quand bien même le recourant a développé une musculature lui permettant de pallier la plupart du temps à ses problèmes de proprioception (expertise, p. 47-48), ainsi que la permanence des soins donnés à son moignon qu'au vu du constat des experts, le recourant est susceptible d'effectuer tout seul, même si cela lui prend plus de temps (expertise, p. 52 notamment).

De même, la question du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, prévu par les art. 42 al. 3 LAI 1^{ère} phrase et 38 al. 1 let. a RAI, qui n'a jusque-là fait l'objet d'aucun examen par l'intimé peut rester ouverte à ce stade. L'OAI ne pourra en revanche pas s'en passer si une nouvelle procédure de révision devait être

entreprise. En effet, compte tenu de la jurisprudence, 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 l'assuré atteint dans sa santé physique, psychique ou mentale nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10 p. 466 ss. ; TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1).

7. a) Au vu des constatations qui précèdent et de l'instruction complémentaire réalisée, l'intimé n'était pas fondé à supprimer l'allocation pour impotence de degré moyen octroyée précédemment à l'assuré. Le recours est par conséquent bien fondé et la décision attaquée réformée dans le sens de la poursuite du versement d'une allocation pour impotence de degré moyen dès le 9 décembre 2010.

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG), lesquels couvrent la procédure antérieure à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, et la présente procédure, pour un montant global de 3'500 francs.

c) Les frais judiciaires, à hauteur de 400 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**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 9 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le versement d'une allocation pour impotence de degré moyen est poursuivi.
- III. Les frais judiciaires, à hauteur de 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 versera au recourant un montant de 3'500 fr. (trois mille cinq cents 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 (pour U. _____), 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 :