

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 avril 2021

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; art. 42 AI ; art. 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, est atteint d'une dystrophie myotonique de Steinert, soit une maladie génétique provoquant une dégénérescence progressive des muscles, dont le diagnostic a été formellement posé en 1997 au sein du Centre hospitalier C._____.

Alors qu'il était encore mineur, il a été mis au bénéfice de mesures médicales de réadaptation, prises en charge par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), à savoir de traitements orthodontiques et logopédiques (cf. communications de l'OAI des 13 septembre 1991 et 23 octobre 1999).

Par demande de prestations adressée à l'OAI le 15 mars 2007, l'assuré a requis des mesures de réadaptation professionnelle. Il s'est vu octroyer une formation professionnelle initiale, sous forme de stages, en qualité d'assistant en communication/marketing (cf. communications de l'OAI des 4 septembre 2008, 11 mars 2009, 11 mai 2009, 30 novembre 2009, 10 mars 2010 et 2 juin 2010). A l'issue de ces mesures, il a été engagé dans une activité protégée au sein des Ateliers A._____ de la Fondation G._____.

Prenant en compte une capacité de travail limitée à 30 % dans une activité adaptée en atelier protégé, l'OAI a déterminé un degré d'invalidité de 78,62 % et a alloué à l'assuré une rente entière extraordinaire d'invalidité, à partir du 1^{er} mars 2006, par décision du 23 mai 2011.

B. B._____ a sollicité une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, en complétant une requête formelle à l'attention de l'OAI le 21 octobre 2013.

Une enquête, diligentée à son domicile le 23 septembre 2014, a mis en évidence un besoin d'aide pour l'acte « manger » dès 2008, en

raison du manque de force et de dextérité des mains, ainsi que d'une insuffisance musculaire de la mâchoire. Un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (aide pour vivre de manière indépendante, ainsi que pour les activités et contacts hors du domicile, singulièrement les actes administratifs) était nécessaire depuis 2000 et prodigué par les parents de l'assuré (cf. rapport d'enquête du 30 septembre 2014).

Fondé sur ces éléments, l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré faible, dès le 1^{er} octobre 2012, par décision du 5 janvier 2015.

Au terme d'une procédure de révision d'office du droit à la rente, conduite en parallèle, l'OAI a avisé l'assuré du maintien de son droit à une rente extraordinaire entière d'invalidité (cf. communication du 16 mars 2015).

C. Le 8 janvier 2016, B._____ a fait parvenir à l'OAI une demande de révision de l'allocation pour impotent, exposant avoir besoin d'aide pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie, hormis l'acte « aller aux toilettes », d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, de soins permanents et d'une surveillance personnelle permanente.

Par rapport du 11 avril 2016 à l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a souligné que l'assuré souffrait de parésie, de troubles de la marche et des membres supérieurs, de troubles cardiaques, ainsi que d'une atteinte faciale. Il présentait des limitations fonctionnelles pour toute activité motrice. Son état de santé allait s'aggravant.

L'OAI a mis en œuvre une enquête au domicile de l'assuré le 26 mai 2016, laquelle a confirmé un besoin d'aide pour l'acte « manger » depuis 2008, ainsi que retenu un besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis octobre 2015. L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (pour vivre de manière indépendante et pour les

activités et contacts hors du domicile), reconnu depuis 2000, était maintenu.

Le Dr D._____, médecin cadre au sein du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C._____, a complété un rapport le 10 juin 2016, soulignant que l'assuré présentait des limitations dans les déplacements à l'extérieur avec un risque élevé de chutes. Il avait besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne complexes et pour la gestion de son domicile. Ses limitations étaient consécutives à la paralysie périphérique, associée à la myopathie de Steinert. Le Dr D._____ confirmait au surplus le besoin d'assistance pour préparer les repas et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, sans toutefois qu'une surveillance personnelle permanente ne soit, à son avis, indiquée.

Par décision du 7 octobre 2016, l'OAI a augmenté l'allocation pour impotent servie à l'assuré à compter du 1^{er} janvier 2016. Dès cette date, l'assuré avait droit à une allocation pour impotent de degré moyen, en raison de son besoin d'aide pour accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/ entretenir des contacts sociaux » depuis octobre 2015, en sus de l'aide précédemment reconnue pour l'acte « manger » dès 2008 et du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis 2000.

D. B._____ a sollicité une nouvelle révision de l'allocation pour impotent, en adressant le formulaire ad hoc à l'OAI le 4 avril 2018. Il signalait, pour l'essentiel, avoir désormais besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » et requérir des soins permanents. Il mentionnait également la nécessité d'une surveillance personnelle permanente, concrétisée par le port d'une montre de sécurité, pour pouvoir se manifester en cas de chute.

L'OAI s'est procuré le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (CNA), à la suite d'un traumatisme du pied droit, survenu le 22 avril 2018. Était versé un rapport du Dr

D._____ du 29 septembre 2017, qui faisait état du suivi régulier de l'assuré. Il relatait des chutes survenues au domicile en janvier et mars 2017 avec fracture du 5^{ème} métatarse droit. Le patient était considéré comme autonome dans les activités de la vie quotidienne, malgré sa lenteur et des difficultés accrues à se relever depuis un an. Un suivi cardiologique du pacemaker dont il était muni permettait de conclure à son bon fonctionnement. Il n'y avait pas de plainte respiratoire, ni de suivi ophtalmologique. L'assuré présentait des douleurs gastro-intestinales, pour lesquelles le traitement mis en place avait été interrompu. Il serait revu à l'échéance d'une année pour un contrôle. Un rapport du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier C._____ du 2 mai 2018 concluait la prise en charge de physiothérapie, mise en place suite au traumatisme du 22 avril 2018. Un second rapport de ce même service, daté du 4 mai 2018, retenait les diagnostics de lésion du Lisfranc avec fracture comminutive des bases des métatarsiens 1 à 5 et subluxation dorsale du 2^{ème} métatarsien, ainsi que de fracture cunéiforme externe du cuboïde. Une immobilisation pour une durée de trois mois était préconisée. L'assuré a séjourné du 2 au 22 mai 2018 au sein de la Clinique H._____ et a été transféré à la Clinique J._____ pour la suite de sa prise en charge.

L'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assuré le 25 octobre 2018, en vue d'analyser l'évolution éventuelle de son impotence. Le rapport correspondant, rédigé le 8 novembre 2018, a conclu à une situation stationnaire par rapport à l'enquête précédente du 26 mai 2016. Était retenu un besoin d'aide pour quatre actes ordinaires de la vie, soit « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette », « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis octobre 2015, ainsi que « manger » depuis 2008. Un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie perdurait depuis l'année 2000. L'enquêtrice suggérait de soumettre le cas au Service médical régional (SMR) pour détermination sur le besoin d'aide pour les transferts, compte tenu de la fragilité de l'assuré et de ses nombreuses chutes rendant son quotidien précaire.

Par avis du 15 février 2019, le SMR a concédé que l'assuré ne pouvait réaliser le transfert assis-debout par ses propres moyens, notamment compte tenu de l'atteinte musculaire de ses membres supérieurs, ce dès la fracture du pied, survenue en avril 2018.

L'OAI a établi un projet de décision le 20 février 2019, informant l'assuré de ses intentions de refuser d'augmenter l'allocation pour impotent. Un degré moyen devait être maintenu, étant donné le besoin d'aide limité à cinq actes ordinaires de la vie et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

L'assuré a contesté ce projet par correspondance du 10 mars 2019, arguant avoir besoin d'assistance pour la totalité des actes ordinaires de la vie, faire l'objet de soins médicaux à domicile et requérir une surveillance personnelle permanente pendant la journée, assumée par sa mère ou une tierce personne dès juillet 2018.

Après avoir pris contact avec la mère de l'assuré, qui a confirmé la nécessité de fournir une aide à son fils pour l'acte « aller aux toilettes » dès janvier 2019, l'enquêtrice de l'OAI a proposé de prendre en considération l'assistance nécessaire pour cet acte, dans une note du 3 juillet 2019.

Par décision du 4 juillet 2019, complétée par une correspondance explicative du 5 juillet 2019, l'OAI a refusé d'augmenter l'allocation pour impotent octroyée à l'assuré et maintenu le degré moyen pris en compte pour cette prestation. L'assuré avait certes besoin d'assistance pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie, soit également pour les actes « se lever/s'asseoir/se coucher » dès avril 2018 et « aller aux toilettes » dès janvier 2019, mais il ne nécessitait pas des soins permanents, ni une surveillance personnelle permanente. Il ne remplissait donc pas les conditions mises à la reconnaissance d'une impotence grave.

E. B._____ a interjeté recours contre la décision précitée par acte du 7 août 2019, adressé à l'OAI. Il réitérait avoir besoin d'aide pour

l'ensemble des actes de la vie quotidienne ; il était assisté par sa mère, retraitée et de santé défaillante ; il ne pouvait plus assumer son activité auprès de la Fondation G._____ pour des raisons de sécurité et n'était plus pris en charge pour ses transports. Il envisageait l'engagement d'une personne à domicile pour lui prodiguer l'aide nécessaire au quotidien. L'assuré a, implicitement, conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave.

L'OAI a fait suivre ce recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, comme objet de sa compétence, le 12 août 2019. Il y a par ailleurs répondu le 7 octobre 2019 et proposé son rejet.

Par demande déposée le 26 novembre 2019, l'assuré, désormais assisté de Me Jeanne-Marie Monney, a requis l'assistance judiciaire.

Par décision du 28 novembre 2019, le magistrat instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, à compter du 30 octobre 2019, et désigné Me Monney en qualité d'avocate d'office. L'assuré était astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} février 2020.

L'assuré a répliqué le 21 janvier 2020 et complété ses conclusions, en ce sens qu'une allocation pour impotent de degré grave lui soit versée à compter d'avril 2018. Subsidiairement, il proposait que la cause soit retournée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. L'assuré a fait valoir avoir non seulement besoin d'aide pour l'accomplissement de l'ensemble des actes ordinaires de la vie (ce que l'OAI avait admis), mais également requérir des soins permanents et une surveillance personnelle permanente. Etaient annexés des rapports de son médecin généraliste traitant, le Dr F._____, des 7 décembre 2019 et 9 janvier 2020, lequel attestait de la nécessité d'une surveillance personnelle permanente, en raison du risque de chute, et de soins de physiothérapie dispensés à domicile à hauteur de deux heures par semaine. La lettre de congé des Ateliers A._____ du 18 novembre 2019

était également produite. L'assuré exposait que son licenciement était consécutif à l'aggravation de son état de santé et de son besoin de surveillance permanente, laquelle ne pouvait être prodiguée par son employeur, ce qui compromettait sa sécurité.

Par duplique du 10 février 2020, l'OAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. L'assuré ne requérait, à son avis, pas des soins permanents, ni une surveillance personnelle permanente, étant considéré que même laissé seul, il ne se mettait pas en danger.

En date du 14 avril 2020, l'assuré a fourni un tirage d'un courriel des Ateliers A. _____ du 9 mars 2020, lesquels confirmaient ne pas avoir été en mesure d'assurer la sécurité de leur collaborateur et ne pas disposer du personnel qualifié pour l'assister dans ses déplacements ou le pousser en fauteuil roulant.

Par détermination du 19 juin 2020, l'assuré a maintenu ses arguments en lien avec le besoin de soins permanents et d'une surveillance personnelle permanente. Il a joint, au titre de justificatif, un nouveau rapport du Dr F. _____ du 14 mars 2020, qui confirmait l'important risque de chute et de blessure de son patient, ainsi que les soins de physiothérapie et d'ergothérapie dispensés à domicile.

L'OAI a réitéré ses conclusions le 3 juillet 2020.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52

LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 7 août 2019 contre la décision de l'intimé du 4 juillet 2019 a été interjeté en temps utile, qui plus est compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. En l'occurrence, le litige porte sur le degré d'impotence (moyenne ou grave) présenté par le recourant, dans le contexte de sa demande de révision de l'allocation pour impotent, déposée le 4 avril 2018 auprès de l'intimé.

3. a) En vertu 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, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) L'art. 35 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 prévoit que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} sont applicables.

L'art. 88a al. 2 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88^{bis} al. 1 RAI dispose que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a).

c) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2).

4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

b) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a

durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (al. 3, 1^{ère} phrase).

5. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et 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).

c) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, 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).

d) L'art. 38 al. 1 RAI dispose que 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
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

6. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références).

b) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ;

TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante (ATF 117 V 146 consid. 3b ; cf. ch. 8025 et 8026 CIIAI). L'aide peut par ailleurs être directe ou indirecte (ATF 133 V 450 ; cf. ch. 8029 et 8030 CIIAI).

7. **a)** Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il 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_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et références citées).

b) Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie, la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_691/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.2).

8. In casu, il n'est pas contesté, à ce stade, que le recourant nécessite une assistance pour l'accomplissement de la totalité des actes ordinaires de la vie. L'intimé a retenu un besoin d'aide pour l'acte « manger » dès 2008, aux termes de sa décision du 5 janvier 2015. Ce besoin a été maintenu depuis lors, tandis que l'intimé a pris en considération un besoin d'aide pour les actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » dès octobre 2015, par décision du 7 octobre 2016. A l'issue de la décision querellée, l'intimé a admis que le recourant nécessitait une assistance, depuis avril 2018, pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » et, depuis janvier 2019, pour l'acte « aller aux toilettes ».

Il est également établi, depuis la décision du 5 janvier 2015, que le recourant requiert un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (accompagnement permettant de vivre de manière indépendante, ainsi que pour les activités et contacts hors du domicile) à compter de l'année 2000.

Demeurent litigieuses les questions des soins permanents et d'une surveillance personnelle permanente, dont la réalisation conditionne le droit à une allocation pour impotent de degré grave, au sens entendu par l'art. 37 al. 1 RAI.

9. a) La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une prestation d'aide médicale ou sanitaire rendue nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré (sur le plan physique, psychique ou mental). Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (TF 9C_809/2015 du 10 août 2016 consid. 5.2), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (ch. 8035 CIIAI ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 33 ad art. 42 LAI, p. 607)

b) Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré (TF 9C_608/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.2.1). La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit

des tiers (ch. 8035 CIIAI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 34 ad art. 42 LAI, p. 608).

c) La surveillance personnelle permanente doit en outre être requise pendant une période prolongée, par opposition à une surveillance « passagère », et ne doit donc pas être occasionnelle (cf. ch. 8036 CIIAI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 35 ad art. 42 LAI, p. 608).

d) Des chutes et le besoin corrélatif d'aide pour se relever fondent en principe un besoin de surveillance d'ordre général qui ne saurait être assimilée à la surveillance personnelle permanente (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.2 et références citées).

10. Les soins permanents au sens de l'art. 37 al. 1 RAI ne se réfèrent pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprennent des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 V 136). Les prestations d'assistance doivent être fournies pendant une période assez longue et non pas seulement passagèrement, par exemple en raison d'une maladie intercurrente (cf. ch. 8032 ss CIIAI ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n° 42 ad art. 42 LAI, p. 611).

11. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

c) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

12. a) S'agissant de la surveillance personnelle permanente, l'enquêtrice de l'intimé a nié ce besoin à l'issue de son rapport d'enquête du 7 novembre 2018. Elle a relevé que « la famille [estimait] que l'assuré ne peut rester seul, évoquant que s'il venait à chuter, il ne pourrait pas se

relever. » Se ralliant à cette observation, elle a toutefois considéré que l'assuré était doté d'une montre « Secutel » lui permettant de contacter sa famille en cas d'accident. Il avait au surplus « les capacités d'expliquer ce qui se passe et de demander de l'aide si nécessaire » (cf. rapport d'enquête du 7 novembre 2018, p. 5).

b) Le recourant estime, pour sa part, qu'une surveillance personnelle permanente est nécessaire, en raison essentiellement des importants risques de chutes. Cas échéant, il se trouvait incapable de bouger ou en mesure d'appeler de l'aide et nécessitait l'aide d'un tiers. Le risque de chute était très concret, puisqu'entre 2016 et 2018, il avait chuté plus de huit fois. Tous ses déplacements devaient être sécurisés. Une tierce personne était toujours présente à ses côtés. La surveillance était prodiguée par sa mère, son père ou du personnel de [...]. Le recourant se prévaut, à l'appui de son point de vue, des rapports établis par le Dr F._____. Ce dernier a indiqué ce qui suit dans un rapport du 7 décembre 2019 :

« [...] 2. Il lui faut une surveillance personnelle permanente, par exemple accompagnement pour aller aux WC, pour le démarrage, l'habillement, pour la prévention des chutes lors des déplacements. Cet accompagnement est actuellement réalisé par la mère proche-aidante qui lui consacre tout son temps.
3. Monsieur B._____ ne peut pas actuellement être laissé seul longtemps. Par ailleurs, il vient d'être licencié par l'atelier protégé Ateliers A._____ qui estimait ne plus pouvoir assurer sa sécurité lors des déplacements requis par son travail.
4. A mes yeux, un secutel n'est pas suffisant pour assurer sa sécurité. [...] »

Ce médecin a précisé les éléments suivants le 9 janvier 2020 :

« [...] Monsieur B._____ souffre d'un handicap physique et non psychique ou mental. Sa myopathie lui provoque des troubles de l'équilibre avec des risques de chute lors des déplacements. Un Secutel avait été essayé mais l'entourage y avait renoncé craignant que si une chute provoquait une perte de connaissance il ne puisse pas activer l'alarme. Il n'est jamais laissé seul plus de 15 minutes. Sa mère s'arrange avec le père ou une aide de [...]. Je vous rappelle que Ateliers A._____ l'avait licencié récemment craignant pour ses déplacements (notamment aux WC) et ne pouvant trouver l'aide nécessaire. Laisse seul avec un Secutel il se mettrait en danger chaque fois qu'il devrait se déplacer [...] »

Il s'est enfin exprimé notamment en ces termes le 14 mars 2020 :

« [...]Je dirais que la question n'est pas le moyen auxiliaire ni la poignée qui aideraient le patient à se lever. Le problème c'est qu'une fois debout il est très instable et risque de tomber et de se blesser. Le Secutel n'est pas aussi simple que le pense l'Al. Il faut trouver les personnes disponibles pour intervenir rapidement ce qui n'est pas le cas ici si la maman n'est pas là [...] »

Le recourant a également produit une copie du courriel reçu le 9 mars 2020 des Ateliers A._____, lequel mentionne l'absence de personnel qualifié pour assurer ses déplacements.

c) En l'espèce, force est de nier que le recourant soit tributaire d'une surveillance personnelle permanente, dans le sens exposé notamment par la jurisprudence fédérale citée sous consid. 9 supra. En premier lieu, on observe que le besoin de surveillance allégué par le recourant a trait essentiellement à l'acte « se déplacer », voire à l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », pour lesquels la nécessité d'assistance a été pleinement reconnue par l'intimé (par décision du 7 octobre 2016, puis aux termes de la décision entreprise). Or, ainsi que l'a souligné la jurisprudence fédérale précitée, une prestation d'aide qui a déjà été prise en compte au titre d'un ou plusieurs actes ordinaires de la vie ne saurait entrer en considération à nouveau lorsqu'il s'agit d'évaluer la question de la surveillance. En second lieu, on ne voit pas que l'atteinte à la santé affectant le recourant soit de nature à faire craindre une mise en danger de lui-même ou de tiers, en l'absence de surveillance. Le besoin relaté par le recourant correspond bien plutôt à un besoin de surveillance d'ordre général, tel qu'évoqué par le Tribunal fédéral à l'issue de l'arrêt 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 (consid. 5.2) cité plus haut (cf. consid. 9d). Le risque de chute du recourant est incontestablement très concret (vu le nombre de chutes dont il a été victime sur une courte durée), mais se présente le plus souvent en lien avec des déplacements ou des mouvements particuliers, décrits de manière précise par le Dr F._____. Le risque accru de chutes est ainsi lié à des situations prévisibles, de sorte que ce risque peut être atténué par l'usage de

moyens auxiliaires ou évité par l'absence de déplacements périlleux lorsque le recourant est seul. La situation du recourant se distance par conséquent des cas décrits par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 9C_567/2019 (consid. 5.2) susmentionné, soit des cas d'assurés atteints de crises autistiques ou d'épilepsie, dont le déclenchement est imprévisible et indépendant des circonstances. Dès lors, il y a lieu de nier que le recourant requière une surveillance personnelle permanente, au sens de l'art. 37 al. 1 RAI.

13. **a)** Eu égard à la question des soins permanents, l'enquêtrice de l'intimé a indiqué que le recourant ne prenait pas de médication et n'avait pas de traitement à suivre (cf. rapport d'enquête du 7 novembre 2018, p. 5).

b) Le recourant conteste cette assertion, en faisant valoir qu'il reçoit des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie à son domicile. Le Dr F._____ a signalé à cet égard que son patient nécessitait « une aide permanente plus que des soins infirmiers à proprement parler ». Il bénéficiait de « 2 heures de physiothérapie par semaine à son domicile » (cf. rapport du 7 décembre 2019). Le 14 mars 2020, il a réitéré que les physiothérapeutes et ergothérapeutes se rendaient au domicile du recourant.

c) En l'occurrence, les soins de physiothérapie et d'ergothérapie dispensés au recourant ne correspondent pas à la notion de soins permanents de l'art. 37 al. 1 RAI. Ces soins sont certes justifiés par l'état de santé physique du recourant. Cependant, ils n'apparaissent pas indiqués à des fins curatives, comme pourraient l'être des soins infirmiers ou médicaux, mais plutôt destinés à des fins préventives en vue de préserver ses ressources. Le Dr F._____ a d'ailleurs clairement signalé que son patient ne nécessitait « pas de soins infirmiers à proprement parler », mais qu'il s'agissait de « stimuler » les ressources encore disponibles (cf. rapports des 7 décembre 2019 et 14 mars 2020). On ajoutera qu'on ne saurait qualifier de permanents des soins prodigués à hauteur de deux heures hebdomadaires. Par conséquent, il s'agit

également de nier que le recourant soit tributaire de soins permanents conformes à l'art. 37 al. 1 RAI.

14. a) Il découle de ce qui précède que le recourant ne peut se prévaloir d'un besoin de surveillance personnelle permanente ou de soins permanents, lesquels lui ouvriraient le droit à une allocation pour impotent de degré grave, en dépit du besoin d'aide reconnu pour la totalité des actes ordinaires de la vie.

b) Quand bien même la condition d'une surveillance personnelle permanente ou de soins permanents n'a plus qu'une importance secondaire dans le cas d'un besoin d'aide reconnu pour l'accomplissement de l'ensemble des actes ordinaires de la vie, (cf. Michel Valterio, op. cit., n° 41 ad art. 42, p. 610, cité par le recourant dans ses écritures des 21 janvier 2020 et 19 juin 2020), cette condition ne peut pas être retenue in casu, en l'absence de réalisation de l'une ou l'autre des alternatives prévues par l'art. 37 al. 1 RAI.

15. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de l'intimé du 4 juillet 2019.

b) 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. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jeanne-Marie Monney à compter du 30 octobre 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5

LPA-VD). Me Monney a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 8 juillet 2020 et fait état de 26 heures d'activité déployées dès le 30 octobre 2019. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. Il convient donc d'octroyer à Me Monney un montant total de 5'292 fr. 40 (compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr., débours forfaitaires à 5 % [234 fr.] et TVA de 7,7 % [378 fr. 40] compris) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire. Il s'agit de déduire du montant précité la somme de 3'500 fr., acquittée au titre d'avance d'assistance judiciaire. Le solde dû en faveur de Me Monney s'élève par conséquent en l'état à 1'792 fr. 40.

La rémunération de Me Monney est provisoirement supportée par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 5'292 fr. 40, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont portés à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jeanne-Marie Monney, conseil du recourant, est arrêtée à 5'292 fr. 40 (cinq mille deux cent

nonante-deux francs et quarante centimes), débours et TVA compris, dont 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) ont été précédemment acquittés au titre d'avance d'assistance judiciaire.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jeanne-Marie Monney, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :