

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2021

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 9, 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 42 LAI ; 37 et 38 RAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations le 24 septembre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une atteinte au genou et à la cheville gauches consécutives à un accident survenu le 23 février 2001, dans le cadre de son emploi de manœuvre auprès de la société F. _____ SA.

Par décision du 30 septembre 2003, confirmée sur opposition le 13 août 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle de manœuvre dès le 27 août 2001.

Par jugement du 9 août 2005 (AI 93/04 - 133/2005), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours interjeté par l'assuré et confirmé la décision de l'OAI.

b) Le 16 décembre 2005, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir un état anxio-dépressif réactionnel avec somatisation.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale (psychiatrie et rhumatologie) auprès du N. _____ (ci-après : N. _____) de [...], dont le rapport du 15 juin 2007 a conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans l'activité habituelle de manœuvre sur les chantiers en l'absence de limitation psychique ainsi que de toute pathologie somatique susceptibles de réduire de façon significative et durable la capacité de travail.

Par décision du 4 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, dans la mesure où il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante tant physique que psychique justifiant une incapacité de travail.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 28 janvier 2010 (AI 424/08 - 41/2010).

c) Le 15 mai 2012, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une aggravation de son état de santé physique et psychique depuis l'année 2007.

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, l'OAI a diligenté une seconde expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et rhumatologie) auprès du N._____. Dans leur rapport du 18 juin 2013, les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail et ont conclu à l'absence de limitation tant sur le plan psychique que physique. Selon ces médecins, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle.

Considérant que la situation médicale de l'assuré était globalement semblable à celle qui prévalait lors de l'expertise réalisée en 2007 et qu'il ne présentait ainsi aucune aggravation durable de son état de santé, l'OAI a, par décision du 10 octobre 2013, dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

d) Le 9 septembre 2015, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a sollicité le réexamen de sa situation médicale à la lumière de la nouvelle jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes.

Fort des documents produits par l'assuré dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations (notamment le rapport du 2 novembre 2015 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale), l'OAI a, par décision du 7 juillet 2016, refusé d'entrer en

matière sur la demande de l'assuré, celui-ci n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations du 10 octobre 2013.

Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud le 17 juillet 2017 (AI 233/16 - 201/2017).

e) Le 16 janvier 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de troubles mixtes de la personnalité et d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2016.

En annexe à sa demande, l'assuré a produit un rapport du 5 décembre 2016 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie d'enfants et d'adolescents et psychiatre traitant de l'assuré, aux termes duquel ce médecin a posé le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a en outre indiqué que les troubles psychiatriques de l'assuré s'étaient aggravés depuis l'année 2015.

Par décision du 19 septembre 2017, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, en l'absence de modification notable de sa situation professionnelle ou médicale.

f) Le 16 novembre 2018, l'assuré, toujours sous la plume de Me Jean-Michel Duc, a déposé une sixième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis l'année 2017, au point de nécessiter une hospitalisation psychiatrique dès le 4 novembre 2018 afin de le mettre à l'abri de ses idées suicidaires.

Dans un rapport du 14 juin 2019, le Dr W._____ a relevé une péjoration des troubles psychiatriques depuis les précédentes demandes déposées auprès de l'OAI, laquelle avait abouti à une hospitalisation en

milieu psychiatrique du 4 au 16 novembre 2018. Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et que toute réhabilitation était exclue.

Par décision du 10 juillet 2019, l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud le 28 mai 2020 (AI 303/19 - 166/2020).

Par ordonnance du 6 octobre 2020, la Juge unique de la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a radié du rôle par suite de retrait le recours interjeté le 8 juillet 2020 par l'assuré contre le jugement cantonal du 28 mai 2020 (TF 9C_449/2020).

g) Le 14 juin 2019, l'assuré a déposé, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité faisant valoir que d'importantes atteintes psychiatriques l'empêchaient de vivre de manière autonome et engendraient un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans le formulaire de demande complété le 10 juillet 2019, il a indiqué avoir besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, pour les soins corporels (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher) ainsi que pour se déplacer/entretenir des contacts sociaux (dans l'appartement/à l'extérieur). Il a ajouté nécessiter depuis plusieurs années, en raison de ses ennuis de santé, un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, des soins permanents et une surveillance personnelle permanente de ses proches (son épouse et sa fille).

Des renseignements médicaux ont été requis auprès du psychiatre traitant de l'assuré, le Dr W._____. Dans un rapport médical du 26 avril 2020, celui-ci a indiqué que le besoin d'aide était surévalué, l'assuré capable d'accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher » et « faire sa toilette », tout en confirmant

l'impossibilité d'entretenir des contacts sociaux sans l'initiative de l'entourage, si bien que son épouse l'accompagnait toujours dans ses déplacements. Les proches étaient également contraints de rappeler à l'assuré ce qu'il devait faire, notamment sa prise de médicaments, et se charger à sa place des tâches administratives. Dans ces circonstances, le Dr W. _____ a confirmé le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que des soins permanents et une surveillance personnelle.

Par courrier du 23 juin 2020, l'assuré, sous la plume de son avocat, a fait part à l'OAI d'une aggravation de son état de santé et indiqué que d'autres rapports médicaux suivraient.

L'OAI a fait réaliser une enquête à domicile le 8 juillet 2020. Le rapport établi le 22 juillet 2020 se termine de la manière suivante :

L'entretien a lieu au domicile de l'assuré, en sa présence et celle de sa fille. Celle-ci est claire et précise que sur les limitations de son père, l'évolution de son état de santé au fil des années ainsi que sur l'aide qui doit lui être apportée au quotidien. Les descriptions faites au point 2.2. de ce présent rapport d'évaluation ne se basent que sur les dires de la fille. En effet, malgré des sollicitations, Monsieur A. _____ ne participe pas à la discussion, n'interagit pas et regarde la tv pendant une grande partie de la discussion. Il n'a donc pas été possible de faire des observations objectives lors de la rencontre. Selon la fille, il est difficile pour l'assuré d'accepter quelqu'un d'inconnu (anxiété) à son domicile, ce qui pourrait expliquer sa non-participation.

Lors de l'entretien, tous les actes sont passés en revues, ainsi que la notion d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les soins permanents ainsi que la surveillance personnelle permanente comme stipulé dans le questionnaire de demande du 17.06.2019.

Si l'on se réfère uniquement aux dires de la fille pendant la discussion et aux constatations faites par l'entourage, un besoin d'aide important et régulier est nécessaire pour l'acte de se vêtir/se dévêtir (choix des vêtements) et se déplacer (toujours accompagné en extérieur). Le besoin d'aide mis en avant dans les autres actes serait à prendre en compte dans l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison de la fréquence du besoin (non important et régulier).

Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, la fille estime que sans la présence de sa mère et la sienne, celui-ci serait incapable de vivre de manière autonome au sein de son domicile. Cependant, pendant l'entretien, la fille décrit l'assuré comme étant capable de conduire son véhicule, accompagné de son épouse. Ce qui met en avant certaines ressources au vu de

l'exigence cognitive et physique qu'exige cette activité. Ainsi que la vigilance nécessaire à la conduite.

S'agissant des soins permanents, la préparation du semainier est réalisée par la fille et des rappels sont effectués pour que Monsieur A. _____ prenne sa médication. Cela n'est pas suffisant pour remplir les conditions d'octrois.

Pour la surveillance personnelle permanente, celui-ci n'est jamais laissé seul par la famille, même à son domicile, en raison d'un potentiel risque de sortir et se perdre en extérieur ainsi qu'en raison de ses idées noires.

Afin de mettre en corrélation les dires de la fille avec les données médicales, les divers rapports médicaux au dossier, les avis SMR, l'expertise médicale du 18.06.2013 et le jugement du 10.06.2020 ont été pris en considération. Une permanence téléphonique avec le Dr. [...], médecin au SMR, a été nécessaire afin de définir clairement quelles limitations fonctionnelles ou non doivent être prises en considération pour cette présente évaluation. Cela se justifiait au vu des contradictions entre l'expertise du 18.06.2013, l'avis SMR du 13.11.2019 et les derniers rapports médicaux au dossier, en particulier celui du 28.04.2020, du Dr. W. _____, psychiatre.

Il en ressort de cet entretien, qu'après analyse de l'ensemble des pièces médicales aux dossiers depuis l'expertise médicale du 18.06.2013, il n'est apporté aucun élément rendant plausible une modification de l'état de santé de l'assuré. Cela signifie que les conclusions faites dans cette même expertise sont toujours d'actualité. À savoir qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue.

Concernant le RM [rapport médical] du 28.04.2020, le psychiatre met en avant des diagnostics présents depuis 2003, cela a donc été considéré dans l'expertise du 18.06.2013 et ne modifie les conclusions de cette même expertise.

À savoir que le jugement du 10.06.2020 valide le fait qu'aucune modification de l'état de santé de l'assuré n'a été rendue plausible.

Étant donné qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été objectivée au niveau médical, aucun besoin d'aide ne peut être retenu dans le cadre de l'allocation pour impotent.

Par projet de décision du 27 juillet 2020, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande d'allocation pour impotent.

Le 25 novembre 2020, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a adressé à l'OAI, un rapport médical dont on extrait les passages suivants :

Suite à une aggravation de son état de santé, M. A. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. À noter qu'une précédente demande a été rejetée le 10 octobre 2013 par l'Office AI, sur la base d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire du N. _____ de [...], concluant à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans la profession habituelle de manœuvre de la

construction. Or, M. A. _____ a été vu qu'une seule fois alors que selon la pratique l'évaluation se fait en général sur plusieurs entretiens. Au vu de la souffrance extrême du patient d'un point de vue psychologique et en me basant uniquement sur une évaluation psychiatrique dans le cadre d'un traitement de type TPPI (traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré) à une fréquence de trois entretiens par mois, je me permets de vous faire part de mes observations et conclusions. M. A. _____ se rend à ma consultation régulièrement depuis le 29 juin 2020.

Anamnèse Actuelle : M. A. _____ vit dans un appartement avec son épouse et sa fille cadette à [...]. Le patient a besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, pour couper ses aliments et les porter à la bouche. Ce dernier est toujours accompagné d'un membre de sa famille ou un ami, excepté pour aller dans un café bien précis à [...] et toujours dans la même Migros. De plus, ses médicaments sont préparés en pharmacie et gérés par son épouse ou sa fille cadette.

[...]

Anamnèse Psychiatrique : M. A. _____ a bénéficié d'un traitement de type TPPI à la consultation du Dr W. _____ à [...] (psychiatre, pédopsychiatre FMH) de 2004 à 2020 avec en parallèle, un suivi d'une année avec le Dr R. _____ à [...] (psychiatre-psychothérapeute). Il a été hospitalisé en milieu spécialisé en psychiatrie au [...] à [...] en 2018. Cette hospitalisation a été très mal vécue par le patient qui se sentait encore plus mal à sa sortie. À noter que le patient présente les critères d'hospitalisation en mode PLAFa en continu car il verbalise constamment des idées suicidaires scénarisées (se jeter sous un train ou une voiture). Il ne passe pas à l'acte car il a promis à ses filles de ne pas le faire.

Status : Patient de 58 ans faisant un peu plus que son âge. Il est calme pour la plupart du temps et collaborant. Il s'exprime dans un français simple mais compréhensible. Il se déplace difficilement en semblant souffrir et soupire profondément, probablement de douleurs. La thymie est sous un mode dépressif. Il est ralenti psychiquement avec un faciès figé, hypomimique excepté à de rares occasions où il peut exploser subitement et se montrer tendu, agressif lorsque l'on évoque certains sujets comme son fils, son opération du genou ou ses douleurs. Un caractère qui a tendance à agir avec impulsion est donc mis en évidence. Il n'a pas de capacité d'anticipation, associé à une instabilité de l'humeur. Des idées suicidaires scénarisées (se jeter sous un train ou une voiture) sont verbalisée[s]. Les relations sont soit investies intensément, soit elles sont négligées ou ne sont pas du tout prises en compte (par exemple : son fils avec lequel il est fâché en lien avec des problèmes d'ordre pénal, ne fait plus partie de sa vie ou l'AI car l'Office qui ne peut pas le soulager, n'est pas un organisme qui compte pour le patient). Comme symptômes de la lignée dépressifs sont présents : une diminution de la concentration, de l'attention, de l'estime de soi et de la confiance en soi, ainsi que des idées de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir, des idées suicidaires, une perturbation du sommeil et une prise de poids. Une anhédonie et une perte d'élan vital sont également relevées. Des hallucinations visuelles et auditives (personnes décédées qui lui parlent) et une vision paranoïde du monde sont des éléments psychotiques florides.

Diagnostics :

- 23.02.2001. Status post entorse de la cheville et du genou G - Lombalgie commune sur discopathies lombaires débutantes, sans hernie discale - **dysthymie** (F34.1)
- depuis 2003 - **Autre modification durable de la personnalité** en lien avec des douleurs persistantes (62.8)
- depuis 2004 - **syndrome douloureux somatoforme persistant** (F45.4)
- objectivé à ma consultation depuis le 29.06.2020 (début du suivi - **Etat dépressif sévère avec symptômes psychotiques** (F32.3) et **Tr. de la personnalité de type borderline** (F60.31) (le trouble de la personnalité est probablement antérieur à l'accident du 23.02.2001

[...]

Discussion : M. A._____ présente un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F23.3) documentés, ainsi qu'un trouble de la personnalité, que je précise en trouble de la personnalité de type borderline (état-limite) (F60.31). Le patient présente une pathologie du caractère grave, que l'on pourrait définir par la tendance à faiblement neutraliser les conflits internes à sa personne et à les produire à l'extérieur, dans le comportement et les actes. Ces sujets se rassemblent et se ressemblent par l'inadaptation à la vie sociale, l'instabilité du comportement, la facilité du passage à l'acte, associé éventuellement à des troubles psychiatriques divers (dépression, excitation, bouffées de délire, perversions sexuelles, toxicomanies). Ces types de « borderline » soulèvent des difficultés souvent considérables du point de vue médico-légal et du point de vue de l'assistance (c.f. Henry Ey). La description de son trouble de la personnalité est importante car elle explique l'apparition de sa dépression, ses difficultés de traitement (évolution négative avec le temps) et de poser un diagnostic. Dans les suites de son accident vers 2004-2006, l'accent était mis sur la douleur et ses conséquences qui sont certes importantes mais n'ont pas modifié sa personnalité mais l'a mis en lumière. M. A._____ n'est pas une personne qui est devenue dépressive grave en lien avec ses douleurs mais ses douleurs ont mis en évidence son trouble de la personnalité de type borderline qui l'a fait décompenser sous un mode dépressif. À noter que son état dépressif est sévère car il présente constamment des critères pour une hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé et des symptômes psychotiques sous formes d'hallucinations (des personnes défuntes de génération le précédant sont à ses côtés par exemple ou la persécution).

Conclusion : M. A._____ reçoit des soins intenses à ma consultation et la visée thérapeutique est de ralentir une évolution déficitaire de son trouble de la personnalité et de sa dépression. Certes, certains ajustements médicamenteux vont être nécessaires mais ils ont comme objectifs un soulagement de sa douleur morale et/ou physique et en aucun cas une guérison. Mon patient est donc totalement inapte au travail rien que d'un point de vue

psychologique. Il serait donc urgent de reconsidérer sa souffrance et son invalidité chronique d'un point de vue administratif.

L'assuré a présenté ses objections par courrier de son mandataire du 27 novembre 2020, requérant de la part de l'OAI le versement d'une allocation pour impotent de « degré faible au moins » et la prise en charge des frais d'établissement du rapport du 25 novembre 2020 du Dr B._____. Revenant sur le contenu du rapport d'enquête, il a précisé que sa fille, présente lors de l'évaluation à son domicile, avait indiqué qu'il n'arrivait à conduire la voiture que durant quelques minutes. S'agissant de la médication, il a fait savoir que sa fille était tenue de contrôler régulièrement toute la liste des médicaments qu'il devait prendre ; après avoir préparé le semainier, la fille devait expliquer à sa mère la manière et la fréquence d'administration des médicaments ; son épouse devait par ailleurs rester à ses côtés tant qu'il n'avait pas avalé les médicaments. Il a également maintenu avoir besoin d'aide pour le choix de vêtements « convenables à la saison » et pour savoir à quel instant il devait changer d'habits. S'agissant de l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », il avait indiqué à l'enquêteur des lâchages environ deux fois par semaines avec des chutes à terre ; il nécessitait alors l'aide de ses proches pour se relever, lesquels devaient également l'aider pour s'asseoir. Incapable de cuisiner, il a expliqué que sa femme se chargeait de la totalité des tâches ménagères en plus de la cuisine. Cette dernière l'aidait en outre à faire sa toilette en préparant ses habits lorsqu'il se douchait et devait lui indiquer quand il devait sortir de la douche. Pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », il nécessitait la présence constante des siens pour se déplacer lors des rendez-vous médicaux ou administratifs fixés par sa fille ; cette dernière devait notamment expliquer à sa mère la composition de la journée en lui indiquant où amener son mari pour les rendez-vous. Sa fille avait également indiqué à l'évaluateur qu'il n'avait pas de contact avec l'extérieur. Quant à la question de la surveillance personnelle, son épouse s'en chargeait au quotidien et, dès le retour du travail de sa fille, cette dernière prenait la relève. Il a maintenu se perdre s'il devait sortir sans la surveillance d'une tierce personne et n'être jamais laissé seul dans l'appartement. Se référant au rapport du Dr B._____, il soutenait que ses

pathologies psychiatriques justifiaient sa demande d'une allocation pour impotent ; il a demandé à l'OAI de recueillir l'avis du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) puis de le lui soumettre pour lui permettre de compléter ses objections. A l'appui de ses objections, l'assuré a joint une attestation du 16 juillet 2020 de son assistante sociale au Centre Social Régional (CSR) [...] certifiant que « toute la gestion administrative est gérée par l'intermédiaire de [la] fille, Madame [...]. En effet, M. A. _____ est dans l'incapacité de comprendre et gérer ses affaires administratives sans son aide ».

Invité à donner son point de vue, le SMR a retenu ce qui suit dans un avis médical du 5 janvier 2021 :

Le RM psychiatrique (GED 30/11/2020) n'apporte aucun fait nouveau qui n'a pas déjà été pris en compte lors des instructions précédentes et qui vient d'être validé récemment par le TCA.

Par décision du 28 janvier 2021, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré. Il a maintenu que celui-ci n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et que le besoin d'un accompagnement de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas établi.

B. **a)** Par acte du 26 février 2021, A. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision du 28 janvier 2021 concluant, à titre préliminaire, à la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité, et, sur le fond, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une allocation pour impotent de degré moyen au moins, subsidiairement à l'annulation de la décision querellée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Opposant l'avis des médecins psychiatres traitants aux observations du rapport d'enquête à domicile du 22 juillet 2020, l'assuré faisait valoir en substance des limitations dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, un besoin de surveillance personnelle permanente ainsi

qu'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Il a en outre requis la prise en charge par l'OAI des frais d'établissement du rapport du Dr B. _____ du 25 novembre 2020 s'élevant à 1'960 francs.

b) Dans sa réponse du 26 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours en renvoyant à l'avis du SMR du 5 janvier 2021 ainsi qu'à ses explications précédentes.

c) Par réplique du 18 juin 2021, l'assuré a maintenu ses précédentes conclusions en insistant sur sa requête de suspension de la présente affaire jusqu'à droit connu sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

d) Dans sa duplique du 8 juillet 2021, l'OAI a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de suspendre la procédure jusqu'à droit connu sur le droit à une rente d'invalidité, faute de demande formelle de prestations, précisant au surplus que le rapport du Dr B. _____ de novembre 2020 n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier sa position.

e) Par déterminations spontanées datées du 18 juillet 2021, l'assuré a confirmé ses précédentes conclusions.

f) Le 12 août 2021, l'assuré a, sous la plume de Me Duc, critiqué la position de l'OAI consistant à ignorer la nouvelle demande de prestations déposée le 23 juin 2020, la qualifiant d'inadmissible et source de coûts supplémentaires dont il convenait de tenir compte dans le cadre de la fixation des dépens. L'assuré reprochait par ailleurs à l'OAI d'avoir écarté le rapport de novembre 2020 du Dr B. _____ sur la base d'un « simple avis juriste non médecin », alors que ce rapport devait être soumis à un médecin « indépendant de l'Office AI ».

g) Dans ses déterminations du 30 août 2021, l'OAI a rappelé que le dernier rapport du psychiatre traitant de l'assuré avait été soumis pour appréciation au SMR, lequel avait rédigé un avis médical le 5 janvier 2021. Dans ces circonstances, les arguments développés par l'assuré

n'étaient pas susceptibles de remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée.

h) Aux termes d'ultimes déterminations datées du 16 septembre 2021, l'assuré a indiqué qu'au vu des divergences importantes entre l'appréciation du Dr B. _____ et celle du SMR, l'OAI ne pouvait se baser sur le seul avis de son médecin-conseil, au demeurant non psychiatre. Il renvoyait par ailleurs à sa réplique du 18 juin 2021 s'agissant de sa requête de suspension de la présente affaire jusqu'à droit connu sur le sort de son courrier du 23 juin 2020, lequel valait dépôt d'une nouvelle demande de prestations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. A titre liminaire, le recourant requiert la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la demande de prestations qu'il aurait déposée le 23 juin 2020. Une telle requête n'est toutefois pas justifiée au vu des circonstances. Il convient de relever que le recourant, s'il a annoncé à l'office intimé par courrier du 23 juin 2020 une aggravation de

son état de santé, a également indiqué que de nouveaux rapports médicaux suivraient. Or il n'a pas donné suite à cette annonce, alors même qu'il ne pouvait ignorer la nécessité de disposer de renseignements médicaux nouveaux pour justifier une entrée en matière sur une nouvelle demande. Contrairement à ce qu'il soutient dans son recours, l'office intimé n'avait pas, compte tenu des circonstances et du fait qu'il s'agissait de la septième demande de prestations de sa part, à lui transmettre un formulaire de demande de prestations.

3. Le recourant reproche ensuite à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu sous plusieurs formes.

a) Par un premier moyen, le recourant fait grief à l'office intimé de lui avoir refusé l'accès au dossier intégral de la procédure, soit en particulier aux notes internes recueillies par l'enquêteur au cours de l'évaluation du 8 juillet 2020.

aa) Le droit de consulter le dossier est un aspect du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 132 II 485 consid. 3.2). Il est notamment concrétisé à l'art. 47 al. 1 let. a LPGA selon lequel l'assuré a le droit de consulter le dossier pour les données qui le concernent. Le droit de consulter le dossier s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier et garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 I 85 consid. 4.1 ; 125 II 473 consid. 4c/cc ; 121 I 225 consid. 2a).

L'art. 29 al. 2 Cst. ne confère toutefois pas le droit de prendre connaissance de documents purement internes qui sont destinés à la formation de l'opinion et qui n'ont pas le caractère de preuves (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; 125 II 473 consid. 4a ; 115 V 297 consid. 2g/aa). Ainsi, le Tribunal fédéral a précisé que, dans le cadre d'une expertise, il n'existe pas un droit de consulter les notes internes destinées à la formation de l'opinion de l'expert ni, en général, les documents de travail préparatoires de l'expertise, comme les instruments destinés à établir une expertise, à

savoir notamment les annotations concernant des résultats de tests ou d'autres observations. Cependant, un tribunal peut être tenu d'autoriser la consultation de tels documents lorsque cela paraît nécessaire dans le cas concret pour examiner les fondements et les conclusions d'un rapport (TF 8C_659/2013 du 4 juin 2014 consid. 3.2 et les références).

bb) En l'espèce, il y a lieu d'appliquer par analogie les principes développés par le Tribunal fédéral en matière de notes internes d'un expert. Ainsi, les notes internes de l'évaluateur chargé d'une enquête économique sur le ménage constituent incontestablement des documents de travail internes destinés uniquement à la formation de l'opinion de l'évaluateur. Au demeurant, force est de remarquer que les observations recueillies par l'évaluateur ont été retranscrites dans le rapport que celui-ci a établi le 22 juillet 2020. En réalité, en tant que le recourant conteste le contenu du rapport d'enquête, il formule des critiques qui portent sur le résultat de l'appréciation des preuves et qui se confondent avec le grief tiré d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, de sorte qu'elles doivent être examinées avec le fond du litige.

b) Par un second moyen, le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas demandé l'avis du SMR au sujet de la question de l'impotence et, partant, d'avoir refusé de mettre en œuvre une mesure d'instruction indispensable.

La violation du droit d'être entendu et du principe de la maxime inquisitoire (ou, autrement dit, du devoir d'administrer les preuves nécessaires) dans le sens invoqué par le recourant sont des questions qui n'ont pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (voir TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, *in* SVR 2010 IV n° 42 p. 132). Le juge peut en effet renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance

prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). Il s'agit par conséquent également d'un grief qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

4. Sur le fond, le litige a pour objet le droit du recourant à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

5. 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.

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 ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3).

L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

b) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

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

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes

ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

c) La notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI 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 assistance spécialement 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, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. 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. 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 (ATF 107 V 136 consid. 1b ; 106

V 153 consid. 2a ; TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

d) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir des contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

6. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 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 (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 (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

7. a) En l'occurrence, il faut en premier lieu présenter la situation du recourant sur le plan médical.

aa) Sur le plan somatique, les Drs L._____ et G._____, experts auprès du N._____, avaient, dans le rapport d'expertise du 18 juin 2013, posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de status après entorse de la cheville et du genou gauches survenus le 23 février 2001 et de lombalgies communes sur discopathies lombaires débutantes, sans hernie discale. Ils avaient constaté que les radiographies des genoux et des chevilles du recourant ne faisaient état

d'aucune lésion objectivable. En comparaison avec l'expertise du N. _____ du 15 juin 2007, les Drs L. _____ et G. _____ avaient relevé que le seul élément nouveau était une transposition antérieure du cubital au pli du coude gauche qui s'était soldée par une guérison complète. Ils avaient finalement considéré que le recourant ne souffrait d'aucune pathologie susceptible de réduire de façon significative et durable sa capacité de travail et qu'il ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Selon ces praticiens, la capacité de travail du recourant était entière tout comme l'avaient retenu les experts du N. _____ en 2007.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr Z. _____, expert auprès du N. _____, avait, dans le rapport d'expertise du 18 juin 2013, relevé que le recourant était une personne nerveuse, irritable, démonstrative, méfiante, focalisée sur ses douleurs chroniques et psychiques ainsi que révoltée par le fait que les médecins de l'OAI ne concluaient pas à l'existence d'un trouble incapacitant. Ce médecin avait pourtant observé que le recourant ne présentait pas de troubles cognitifs, de troubles de la pensée, d'obsession, d'idées délirantes et de déficit émotionnel. L'examen clinique n'avait objectivé aucune limitation fonctionnelle, si ce n'était que l'irritabilité dont le recourant témoignait pouvait se révéler problématique dans les contacts sociaux. L'expert avait retenu les diagnostics de dysthymie et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le syndrome douloureux survenait dans le cadre d'une probable personnalité fruste, d'une scolarisation limitée, d'un manque de formation et d'une situation financière précaire. Le côté nerveux et irritable du recourant pouvait être interprété comme une réaction au syndrome douloureux chronique, comme faisant partie de sa dysthymie, voire comme des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Le Dr Z. _____ avait considéré qu'il n'y avait pas d'état psychique cristallisé, si ce n'était une fixation sur les douleurs. Il avait conclu à une pleine capacité de travail, tout comme le précédent expert psychiatre en 2007.

cc) Par arrêt du 28 mai 2020 (CASSO AI 303/19 - 166/2020) entré en force, la Cour de céans a considéré que les rapports médicaux produits dans le contexte de la nouvelle demande de prestations déposée

le 16 novembre 2018 (à savoir les rapports des 5 novembre 2018 du Dr R._____, 27 février 2019 de la Dre J._____ et 4 juin 2019 du Dr W._____) n'étaient pas susceptibles de mettre en cause le bien-fondé des constatations et conclusions du rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 18 juin 2013.

b) aa) S'agissant des actes ordinaires de la vie, il convient de constater dans un premier temps que le recourant ne semble pas avoir besoin d'aide pour les actes de « manger » et d'« aller aux toilettes ». Même si le Dr B._____ a indiqué que son patient requérait de l'aide pour couper ses aliments et les porter à la bouche, il y a lieu de constater qu'un tel besoin n'a été mentionné ni dans la demande ni par la famille du recourant, que ce soit au cours de l'enquête économique sur le ménage ou dans les diverses écritures rédigées par la suite.

bb) En ce qui concerne les actes de « se vêtir/dévêtir », de « se lever/s'asseoir/se coucher » et de « faire sa toilette », le Dr W._____ a indiqué dans son rapport du 26 avril 2020 que le recourant était capable de les accomplir.

aaa) En ce qui concerne l'acte de « se vêtir/dévêtir », il ressort des pièces versées au dossier que le recourant peut accomplir seul cet acte ordinaire de la vie, mais a néanmoins besoin de l'aide de son épouse ou de sa fille pour lui indiquer les vêtements appropriés à la situation météorologique et lui dire de se changer. Aussi faut-il admettre que le recourant a besoin d'une aide indirecte, dès lors que, s'il était livré à lui-même, il n'accomplirait pas cet acte ou ne le ferait qu'imparfaitement ou à contretemps. Cela suffit pour admettre qu'il a besoin de l'aide d'autrui pour se vêtir (cf. TF I 735/05 du 23 juillet 2007 consid. 5.1, non publié *in* ATF 133 V 472 ; ATF 121 V 88 consid. 3c ; 107 V 145 consid. 1c et les références).

bbb) En ce qui concerne l'acte de « se lever/s'asseoir/se coucher », il ressort des pièces versées au dossier que le recourant peut parfois se retrouver à terre à la suite de faiblesse dans la jambe et

nécessiter de l'aide pour se relever. Il s'agit toutefois d'une aide ponctuelle qui n'entre pas dans la notion d'aide régulière et importante pour accomplir cet acte ordinaire de la vie.

ccc) En ce qui concerne finalement l'acte de « faire sa toilette », il ressort des pièces versées au dossier que le recourant doit régulièrement être incité à la faire par son épouse ou par sa fille. En l'occurrence, l'aide indirecte ne revêt pas une intensité suffisante, dès lors qu'il est admis que les indications verbales et les rappels pour accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome ne sont en effet pas considérés comme une aide importante (ch. 8026.1 CIIAI, introduit en juillet 2020, qui précise la notion d'aide indirecte définie aux ch. 8029ss).

cc) En dernier lieu, la question se pose de savoir si le recourant a besoin d'aide pour l'acte de « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Or il est établi que, sur le plan somatique, le recourant ne présente aucune atteinte propre à limiter ses mouvements et qu'il peut se déplacer lui-même dans son logement ou à l'extérieur. Il ressort au contraire du dossier que le recourant est en mesure de conduire – certes sur de courtes distances – et qu'il peut se rendre dans un café ou à la Migros de sa ville. En tant qu'il est invoqué que le recourant a besoin, en raison de son état de santé psychique, d'aide pour établir des contacts sociaux (cf. rapport du Dr W. _____ du 26 avril 2020), cette question doit être examinée au titre de « l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ».

dd) Il y a lieu de constater, au final, qu'il n'apparaît pas, à la lumière du dossier, que le recourant aurait besoin d'une aide importante et régulière d'autrui pour accomplir plus d'un acte ordinaire de la vie.

c) S'agissant ensuite du besoin de surveillance personnelle permanente, il n'existe au dossier aucun élément qui laisse à penser que le recourant nécessite, en raison de son état de santé, une telle assistance. Il n'apparaît pas que celui-ci doive – indépendamment de son besoin d'aide pour l'acte de « se vêtir/dévoûter » – être surveillé

spécialement en toutes circonstances, pour sa propre sécurité (ou pour la protection d'autres personnes). En effet, si en 2013 l'expert psychiatre au N._____ a certes estimé que le recourant était une personne nerveuse, irritable, démonstrative, méfiante, focalisée sur ses douleurs chroniques et psychiques ainsi que révoltée par le fait que les médecins de l'OAI ne concluaient pas à l'existence d'un trouble incapacitant, il ne ressort toutefois pas des pièces versées au dossier d'indications permettant d'admettre que son humeur aurait conduit à ce que le recourant se mette en danger et nécessite davantage de surveillance, excepté une unique hospitalisation de quelques jours en milieu spécialisé au [...] à [...] en novembre 2018, laquelle a d'ailleurs été très mal vécue par celui-ci.

d) S'agissant pour finir du besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, il convient de mettre en évidence, sur la base des pièces versées au dossier, que le recourant a, à l'évidence, développé une dépendance aiguë envers son épouse et sa fille, en ce sens qu'il ne semble pas en mesure de gérer ses tâches administratives ou sa prise de médicaments. La question de savoir s'il a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie peut néanmoins demeurer indécise. Selon l'art. 42 al. 3, deuxième phrase, LAI et 38 al. 2 RAI, lorsqu'une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique - ce qui est le cas en l'espèce -, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Or il n'est pas contestable que le recourant n'est pas au bénéfice d'un quart de rente, la dernière demande de prestations déposée ayant fait l'objet d'une décision de non entrée en matière en date du 10 juillet 2019 (confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du 28 mai 2020 [AI 303/19 - 166/2020]).

e) Au vu de ce qui précède, le recourant n'a pas besoin de façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (cf. art. 37 al. 3 let. a RAI) ni d'une surveillance personnelle permanente (cf. art. 37 al. 3 let. b RAI) ni d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (cf. art 37 al. 3 let. e RAI), ce dernier point pouvant

néanmoins demeurer indécis compte tenu du fait que le recourant, souffrant uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, n'est pas au bénéfice d'un quart de rente (cf. art. 42 al. 3, deuxième phrase, LAI et 38 al. 2 RAI). Le recourant ne remplissant pas les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande du 14 juin 2019.

f) Finalement, il n'y avait pas lieu, contrairement à ce que soutient le recourant, de requérir dans le cas d'espèce la production d'un avis médical de la part du SMR. D'ailleurs, le recourant n'explique d'aucune manière les raisons pour lesquelles les pièces figurant au dossier étaient manifestement insuffisantes pour statuer sur le droit à l'allocation pour impotent et ce que la production d'un tel avis médical aurait pu apporter.

8. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Dr B. _____ du 25 novembre 2020 s'élevant à 1'960 francs.

aa) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées

ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

bb) En l'occurrence, le rapport du Dr B. _____ n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour confirmer ou infirmer la position de l'intimé. Le rapport du Dr B. _____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :