

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

I. _____, à Lausanne, recourant, représenté par CAP Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Etoy,

et

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

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

E n f a i t :

A. I. _____, né en 1972 en Ethiopie, de nationalité suisse (ci-après : l'assuré et/ou le recourant), a été amputé du membre inférieur gauche en 1985, à la suite de quoi il a porté une prothèse au-dessus du genou gauche. Arrivé en Suisse en mars 1993, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 25 août 1993, sollicitant l'octroi de mesures médicales de réadaptation et, subsidiairement, d'une rente, qui a été rejetée. Il a présenté une deuxième demande le 15 juillet 1996, sur laquelle l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI et ou l'intimé) a refusé d'entrer en matière, puis une troisième demande le 28 novembre 1997, sollicitant l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de moyens auxiliaires (prothèse) et, subsidiairement, d'une rente. Cette dernière demande a été rejetée par décision de l'OAI du 9 février 1999, portant spécifiquement et expressément sur le refus de toute rente et renvoyant pour le surplus à une décision non formelle du 8 août 1996, refusant toute prestation, au motif que l'atteinte réputée invalidante ne satisfaisait pas à la clause d'assurance. La décision du 9 février 1999 a été confirmée par jugement cantonal 15 décembre 1999 (CASSO AI 45/99 - 80/2000), l'assuré ne présentant aucune incapacité de gain dans une activité adaptée. Après avoir vainement présenté une quatrième demande de prestations AI le 5 décembre 2003, l'assuré a obtenu un quart de rente à compter du 1^{er} mars 2008, puis une demi-rente dès le 1^{er} juin 2008. Finalement, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2011 au motif que son état de santé s'était péjoré et qu'il ne disposait plus que d'une capacité de travail de 25 % dans toutes activités depuis le 11 février 2011.

Par demande du 20 février 2020, l'assuré a requis de l'OAI l'octroi d'une allocation pour impotent en faisant valoir qu'il avait besoin d'aide :

- pour l'acte « se vêtir/se dévêtir » deux à trois fois par semaine depuis octobre 2019 ;
- pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher » deux fois par semaine depuis juin 2011 ;
- pour l'acte « manger », à savoir que le repas doit être apporté au lit pour des raisons médicales, trois fois par semaine depuis juin 2011 ;
- pour l'acte « soins du corps », à savoir se laver, se coiffer, se raser, se baigner et se doucher ;
- pour l'acte « aller aux toilettes », à savoir vérification de la propreté ;
- pour l'acte « se déplacer » tant dans l'appartement qu'à l'extérieur, respectivement en chaise roulante et en chaise électrique jusqu'à la voiture, depuis juin 2011.

Par ailleurs, l'assuré a indiqué qu'en raison de ses problèmes de santé, il avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie et de prestations d'aide pour lui permettre de vivre à domicile depuis octobre 2019. Il a précisé qu'il devait continuellement rester couché et qu'il ne pouvait se lever que « parfois ». La demande mentionne encore que l'épouse de l'assuré bénéficie d'une allocation pour impotent et que lui-même dispose de moyens auxiliaires, à savoir une chaise roulante et un fauteuil électrique.

Dans son rapport du 2 mars 2020, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé comme diagnostic ayant une influence sur l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie l'amputation du membre inférieur gauche, en précisant que l'assuré ne portait plus de prothèse depuis 2003 et se déplaçait à l'aide de deux cannes. Il a indiqué qu'à son avis, l'intéressé arrivait à manger tout seul. Il a exposé que son patient parvenait bien à se déplacer à l'aide de ses deux cannes, qu'il venait ainsi seul en consultation, et arrivait à se lever, s'asseoir et se dévêtir sans aide.

Dans son rapport du 17 novembre 2020, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué comme diagnostics récents ayant une influence sur l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome :

- une décompensation inflammatoire d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite depuis le 1^{er} octobre 2020, induisant comme limitation fonctionnelle le déplacement, l'utilisation des cannes auxiliaires étant de plus en plus difficile ;
- des cervicalgies et des lombalgies chroniques sur des troubles dégénératifs pluri-étagés et des dysbalances musculaires, induisant comme limitation fonctionnelle le déplacement, avec des positions statiques prolongées ;
- des talalgies gauches en raison d'une surcharge mécanique, induisant comme limitation fonctionnelle une limitation de la position debout en appui sur le talon gauche pour de longues durées.

Le Dr T._____ a décrit comme suit les difficultés rencontrées par son patient au quotidien (sic) :

« Comme décrit ci-dessus, le patient a de plus en plus de mal à se déplacer avec les cannes auxiliaires en lien avec sa lésion de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite. Il présente actuellement une importante tendinopathie avec une bursite reflétant une importante inflammation. Il est aussi connu pour des antécédents de fracture de l'humérus qui a été ostéosynthésé. Ceci engendre une limitation des déplacements mais aussi dans les gestes du quotidien où le patient commence à avoir besoin d'une aide, d'autant plus que sa femme souffre aussi d'importants problèmes de santé et elle est actuellement complètement dépendante. »

Il ressort d'une communication interne du 11 janvier 2021 que l'assuré a requis que sa demande de prise en charge par l'OAI de l'adaptation du véhicule de son épouse devait être annulée, une telle demande étant déjà en cours dans le cadre de la prise en charge du cas de l'épouse par l'assurance-invalidité. Il a expliqué que c'est lui qui conduira le véhicule de son épouse, en précisant que, jusqu'à ce jour, il restait autonome pour s'occuper de son épouse lors des trajets en voiture (entrer et sortir du véhicule), malgré ses problèmes aux deux jambes et

que, si nécessaire, il adressera une nouvelle demande de prise en charge pour l'installation d'un marchepied escamotable pour lui-même.

Par courrier du 11 février 2020 (recte : 2021), l'assuré a requis de l'OAI la prise en charge financière de l'installation d'une porte automatique arrière pour le véhicule de son épouse, en faisant valoir qu'en raison des douleurs aux épaules dont il souffre depuis 2017, certains gestes du quotidien lui étaient devenus difficiles à accomplir, dont celui d'ouvrir et fermer la porte arrière du véhicule.

Par certificat médical du 15 février 2021, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie de l'épaule et traumatologie complexe, a attesté que l'assuré avait des « restrictions physiques fonctionnelles » qui le limitaient dans certains ports de charge, et notamment lors du chargement de son véhicule.

Répondant à la demande de l'OAI du 3 mars 2021, la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (ci-après : la FSCMA) a établi le 23 mars 2021 le rapport d'expertise qui suit (sic) :

« [...] »

Situation initiale

Mandat

Votre assuré vous demande la prise en charge de la transformation de son véhicule à moteur. Vous nous mandatez afin d'évaluer si la demande correspond à vos normes en vigueur de simplicité, d'adéquation et d'économicité.

Il attire également notre attention sur le fait que ce même véhicule a été adapté, adaptation financée par votre office pour son épouse le 2 février 2021.

Vous nous demandez également de vous lister les moyens auxiliaires qui ont été financés par votre office et que votre assuré utilise encore.

Limitations dues au handicap

Votre assuré présente une amputation de la jambe depuis de nombreuses années.

L'appareillage de son moignon n'est pas possible dû à sa taille qui est très courte. Votre assuré se déplace avec une paire de cannes.

À la suite de fortes douleurs et de nombreuses luxations de ses deux épaules depuis 2017, votre assuré a dû être opéré. L'opération a consisté à installer des plaques au niveau de l'articulation des épaules afin d'éviter de nouvelles luxations.

A la suite de cette opération, l'amplitude de l'articulation de ses épaules a fortement diminué.

Votre assuré n'arrive plus à lever les bras. Il présente également une diminution de la force musculaire de ses bras.

Vie sociale et habitat

Votre assuré vit avec sa femme qui est en fauteuil roulant et ses enfants. L'appartement de votre assuré est relativement bien adapté à sa situation.

Ecole et profession

Votre assuré ne travaille pas.

Il est autonome pour effectuer les tâches de la vie quotidienne (faire les courses, se laver, participer au repas, faire le ménage)

Expertise

La situation de votre assuré et de sa femme étant connue de la FSCMA. Nous avons échangé par téléphone avec votre assuré le 22.03.2021.

Lors de notre échange, votre assuré nous explique le but de cette demande.

À ce jour, il dispose d'une voiture [...] automatique de 2020 qui a été adaptée en février 2021 avec la mise en place d'un décaissement pour pouvoir véhiculer sa femme qui est en fauteuil roulant manuel.

Votre assuré est amputé, il utilise ce véhicule pour la plupart de ses déplacements à l'extérieur de la ville. Il souffre également de douleurs importantes dans les épaules.

À la suite d'une opération qui a consisté en l'installation de deux plaques, il n'arrive plus à lever les bras.

Il lui est donc devenu impossible et extrêmement douloureux d'ouvrir le coffre afin d'y installer son épouse et par la suite le refermer.

Votre assuré doit donc constamment faire appel à une tierce personne pour fermer le coffre ce qui diminue fortement son autonomie dans les déplacements.

Afin de lui permettre de retrouver de l'autonomie dans les déplacements pour se rendre dans différents lieux de rendez-vous ou pour faire ses courses, votre assuré vous demande la prise en charge de l'installation d'une porte automatique au niveau du coffre de son véhicule.

[...]

Le devis [...] est correct. Il correspond parfaitement à la situation actuelle de votre assuré. Grâce à cette installation votre assuré est

parfaitement autonome pour ouvrir le coffre afin d'installer sa femme ou d'y mettre ses commissions.

Lors du mandat vous nous demandez également de nous lister les moyens auxiliaires qui ont été financés par votre office et que votre assuré utilise encore.

Un scooter électrique remis par votre dépôt en 2011.

Un fauteuil roulant manuel [...] Advance financé par votre office en 2013.

Une paire de cannes.

[...]. »

Par décision du 24 mars 2021, l'OAI a alloué à l'assuré le moyen auxiliaire ci-dessus cité.

Une évaluation de l'impotence a eu lieu au domicile de l'assuré le 15 juin 2021. Dans son rapport du 18 juin suivant, l'évaluatrice H. _____ a notamment exposé que l'assuré avait présenté des lésions à l'épaule droite dès 2011 pour lesquelles il avait été opéré en 2013. En 2018, il a été sollicité au niveau des épaules de manière particulièrement importante en raison de l'état de santé de son épouse, d'où un épuisement important. Elle a rapporté que l'assuré estimait que ses limitations ont augmenté de façon globale depuis 2019 au point qu'il aurait perdu 50 % de ses capacités. En ce qui concerne les moyens auxiliaires, l'évaluatrice a indiqué que l'assuré se déplaçait à l'aide de deux cannes et en chaise roulante manuelle à l'intérieur. A l'extérieur, il dispose d'un scooter électrique pour les petits déplacements et il conduit la voiture adaptée de son épouse. Il a également une planche de bain à sa disposition. L'assuré vit toujours à domicile, en compagnie de son épouse et de cinq de ses enfants. S'agissant des actes de la vie quotidienne, elle a noté que, pour l'acte « se vêtir/se dévêtir », le jour de l'entretien, l'assuré avait indiqué avoir besoin d'une aide ponctuelle pour enfiler la chaussette au membre inférieur droit les « mauvais jours », soit environ trois fois par semaine. Pour l'acte « se lever », l'assuré lui a expliqué que son genou droit se bloquait ponctuellement, de sorte que certains jours il avait besoin qu'une tierce personne l'aide à se relever de son lit ou d'un siège, soit en moyenne une à deux fois par semaine. Il est indépendant pour les autres transferts. Pour l'acte « manger/apporter des repas au lit », l'assuré a expliqué qu'il mangeait au lit les jours où il n'était pas bien. Pour le reste,

il est indépendant, sauf lorsqu'il s'agit de couper la viande dure. Pour l'acte « faire sa toilette », l'assuré a indiqué qu'il faisait sa toilette seul, sans difficulté, notamment pour se laver le dos et le pied du membre inférieur droit. Il se coiffe seul à l'aide du bras gauche avec difficulté depuis 2019. L'évaluatrice a précisé que le cadre de la prestation avait été précisé au cours de la discussion. L'assuré se rase seul avec un rasoir manuel et son fils finalise en cas de nécessité. Il a précisé qu'il ne supportait pas le rasage électrique en raison d'une certaine fragilité de la peau. Pour l'acte « aller aux toilettes/contrôle de la propreté », l'assuré a exposé être autonome pour cet acte mais rencontrer plus de difficulté certains jours avec la perte de la mobilité au niveau de l'épaule droite. Pour l'acte « se déplacer », l'assuré a indiqué qu'il était indépendant à l'aide de sa voiture, des cannes, du scooter et de la chaise électrique, sauf ponctuellement en lien avec certaines barrières architecturales. En résumé, l'évaluatrice a indiqué pour tous les actes de la vie quotidiennes susmentionnés que l'assuré n'avait pas besoin d'une aide régulière et importante. S'agissant des prestations permettant de vivre de manière indépendante, l'évaluatrice a indiqué que l'assuré pouvait vivre à domicile en ayant recours à de l'aide pour le ménage ainsi que de l'aide exigible de sa famille à raison de sept heures par semaine, les enfants étant âgés de 22, 18 (les jumeaux) et 5 ans. Elle a en outre précisé ce qui suit (sic) :

« L'assuré se lève seul, structure sa journée.

Ce dernier est indépendant avec une aide ponctuelle au niveau des AVQ (réd. : actes de la vie quotidienne ». C'est l'assistante CDA (réd. : contribution d'assistance de l'AI) de l'épouse qui prépare les repas. L'assuré a la possibilité de chauffer un repas ou de préparer une collation de manière fractionnée. La station debout reste limitée.

Les nettoyages liés à la préparation des repas sont assurés par l'assistante CDA de l'épouse ainsi que le nettoyage de la vaisselle. Les enfants s'occupent de la gestion du lave-vaisselle.

L'assuré a la possibilité de charger ou décharger le panier du haut et étant assis sur sa chaise roulante.

Idem pour nettoyer des surfaces plates à hauteur.

Alimentation : l'assuré s'occupe de la gestion des réserves de nourriture, établit la liste des achats.

Le nettoyage de l'appartement, sols, sanitaires, poussière sont à la charge des enfants et de la femme de ménage. L'assuré a la

possibilité de prendre la poussière ou de nettoyer une surface plate ou un évier.

La gestion des déchets : est assurée par l'intéressé les enfants portent la poubelle jusqu'aux containers.

Chaque membre de la famille trie son linge et les enfants chargent et programme, activités possibles certains jours par l'assuré.

L'administration familiale et la gestion financière sont effectuées par l'intéressé. »

En ce qui concerne l'accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile, l'évaluatrice a noté ce qui suit (sic) :

« L'assuré va faire les achats en compagnie des enfants pour limiter le port de charges ou ces derniers vont seuls. Parfois l'assuré doit solliciter de l'aide pour saisir un emballage hors de portée ou charger les achats dans le coffre. M. I. _____ a la possibilité d'aller faire les achats de produits frais à proximité.
Aide exigible des enfants de l'accompagner en courses. La livraison des achats via internet a été évoquée en cours d'entretien. »

Pour le surplus, l'évaluatrice a noté que l'assuré était indépendant pour gérer ses traitements et qu'il n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle. En conclusion, elle a indiqué qu'il n'y avait aucune impotence due à l'invalidité pour aucun des actes de la vie quotidienne, ni besoin de soins permanents ou de surveillance personnelle permanente.

Par projet de décision du 2 juillet 2021, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une allocation pour impotent dès lors que l'évaluation de l'impotence réalisée le 15 juin 2021 avait conclu à l'absence d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes de la vie ordinaire. Pour le surplus, les investigations avaient démontré que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé.

Par courrier du 28 juillet 2021, l'assuré a contesté le projet de décision précité, en faisant valoir que l'évaluation effectuée le 15 juin 2021 n'était pas totalement objective. Il a requis que lui soient transmis

les rapports médicaux qu'il avait fournis, notamment ceux des Drs K._____ et T._____, seuls médecins à connaître parfaitement sa situation et sa santé physique, ce dans l'optique de compléter son dossier auprès de spécialistes et de son assurance de protection juridique.

Le 30 juillet 2021, l'OAI a transmis à l'assuré un CD-ROM contenant son dossier et lui a imparti un délai au 31 août 2021 pour compléter son audition, en attirant son attention sur le fait qu'il lui appartenait de fournir tous les éléments, en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir sa position. Dit délai a été prolongé au 31 octobre 2021 à la demande de l'assuré.

Le 20 septembre 2021, l'assuré a produit un certificat établi le 14 septembre précédent par le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant que l'intéressé était suivi à sa consultation de chirurgie orthopédique, que son état actuel était celui d'impotent, ce qui justifiait au moins le contrôle de la prothèse du membre supérieur gauche, sinon la confection d'une nouvelle.

Il ressort notamment d'une note téléphonique du 23 septembre 2021 que l'assuré a demandé un délai pour compléter son audition dès lors que son médecin traitant l'avait adressé à un neurologue mais qu'il n'avait pas encore de rendez-vous et qu'il aimerait pouvoir produire un rapport médical de ce spécialiste. Lors de cet entretien, l'assuré a été rendu attentif au fait qu'il lui appartenait de motiver sa contestation et de produire un rapport mentionnant « les atteintes et limitations fonctionnelles justifiant le besoin d'aide pour les actes ».

Par certificat médical du 27 septembre 2021, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a attesté que celui-ci « nécessite une personne à domicile afin de l'aider dans ses activités de la vie quotidienne ».

Par courrier du 27 septembre 2021, l'OAI a envoyé à l'assuré un formulaire de demande de moyens auxiliaires pour une nouvelle prothèse du membre inférieur gauche, en le priant de la retourner, accompagnée d'un devis.

Par courrier du 11 octobre 2021, l'assuré a écrit à l'OAI ce qui suit (sic) :

« Suite à un entretien téléphonique avec un de vos collaborateurs, je vous fais ci-après une liste de mes besoins spécifiques :

- Suite à mon accident en 2011, je ne peux plus soulever mon bras droit très haut
- Je ne peux également plus me laver correctement, donc mes enfants m'aident à faire ma toilette
- Pour me vêtir, j'ai aussi besoin qu'on m'aide
- Aux WC, je peux me débrouiller mais j'ai de temps à autre besoin que mes enfants m'aident à me lever à cause de la fragilité de mon genou
- En ce qui concerne mes courses et achats nécessaires, je suis obligé d'être accompagné
- Je ne peux plus cuisiner, je dois donc être dépendant du reste de ma famille
- La marche avec les béquilles a fortement endommagé mes poignets, j'ai souvent des douleurs qui surviennent
- Je ne peux pas me lever si l'endroit où je suis assis ou couché est trop bas, j'ai donc besoin que l'on vienne m'aider
- En 2018, j'ai acheté un lit avec un sommier électrique pour me lever plus facilement, et ce par mes propres moyens

Dans l'attente d'une réponse de votre part, [...]. »

Dans son rapport d'évaluation complémentaire du 16 novembre 2021, l'évaluatrice H._____ a estimé que les besoins d'aide décrits par l'assuré dans son courrier du 11 octobre 2021 ne constituaient pas des éléments nouveaux par rapport à ce qu'il avait mentionné dans sa demande, ni par rapport aux propos qu'il avait tenus lors de l'entretien du 15 juin 2021, même s'ils ne décrivaient pas de la même manière le besoin d'aide. Elle a confirmé que celui-ci n'était ni régulier ni important pour aucun des actes de la vie quotidienne. Pour ce qui est du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'évaluatrice a estimé que le fait que l'assuré ait indiqué ne plus être capable de cuisiner et être dépendant de sa famille ne constituait pas un élément nouveau par rapport à ce qui était ressorti de l'enquête du 15 juin 2021. Après avoir appelé le contenu des rapports et certificats médicaux produits par

l'assuré durant la procédure d'audition, elle a indiqué que, faute pour ceux-ci de préciser les limitations et le besoin d'aide en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, elle ne pouvait que confirmer les conclusions de l'évaluation effectuée le 15 juin 2021.

L'avis juriste du 11 février 2022 expose que le dossier est suffisamment instruit, que de plus amples investigations ne sont pas nécessaires et que l'assuré a eu le temps de compléter ses objections mais n'a pas produit les rapports médicaux qu'il avait annoncés. Il conclut au maintien de la position de l'OAI.

Par décision du 1^{er} mars 2022, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une allocation pour impotent. La lettre de motivation du même jour, laquelle fait intégralement partie de la décision, expose ce qui suit (sic) :

« En date du 28 juillet 2021, vous avez contesté notre projet de décision de refus d'une allocation pour impotent du 2 juillet 2021 au motif que l'évaluation n'a pas été totalement objective. Vous nous avez transmis une attestation médicale du Dr Y._____ du 14 septembre 2021 et une autre du Dr F._____ du 27 septembre 2021.

Au vu de ces éléments, nous avons réexaminé votre dossier et nous vous faisons connaître, par la présente, nos déterminations.

Selon les chiffres 2001 et 2002 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide de tiers ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes ordinaires de la vie (art. 9 LPGA). L'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (art. 37 RAI).

Selon les chiffres 2010 et suivants de la CSI, l'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (arrêt du TF 9C_562/2016 du 13.1.2017). C'est par exemple le cas lors de crises pouvant ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (RCC 1986, p. 510).

L'aide n'est pas considérée comme régulière lorsqu'elle est requise quatre à six jours par semaine (autrement dit, la plupart des jours de la semaine), car elle n'est alors pas nécessaire chaque jour.

Pour ce qui est de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'aide est considérée comme régulière lorsqu'elle est

nécessaire au moins deux heures par semaine en moyenne (ATF 133 V 450).

L'aide est importante lorsque l'assuré, en ce qui concerne au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (par ex. « se laver » pour ce qui est de l'acte ordinaire « faire sa toilette » [ATF 107 V 136]) :

- ne peut plus l'accomplir, ou le peut uniquement au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (ATF 106 V 153) ou, en raison de son état psychique, ne peut l'accomplir sans incitation particulière ;

- ne peut l'accomplir même avec l'aide d'un tiers, parce que cet acte est dénué de sens pour lui (par ex. s'il souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives de sorte qu'il est condamné à vivre au lit et qu'il ne peut entretenir de contacts sociaux [ATF 117 V 146]).

Les indications verbales et les rappels pour accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome ne sont pas considérés comme une aide importante. Ils ne satisfont pas aux critères déterminant l'importance d'une aide indirecte (cf. ch. 2016).

Selon le chiffre 2023 de la CSI, le simple fait que l'accomplissement des actes ordinaires de la vie soit plus ardu ou plus lent ne suffit en principe pas à justifier l'impotence (arrêt du TF 9C_633/2012 du 8.1.2013, ch. 2007).

Selon le chiffre 2088 de la CSI, un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie est accordé aux assurés qui, pour des raisons de santé, ne peuvent pas vivre de manière autonome sans l'aide d'une tierce personne (arrêt du TF 9C_28/2008 du 21.7.2008). Il faut qu'en l'absence de l'aide de tiers et en tenant compte de l'obligation de réduire le dommage, l'assuré n'ait d'autre choix que d'entrer dans un home.

En l'occurrence, les constatations relevées lors de l'évaluation du 15 juin 2021, ainsi que du complément d'évaluation effectué suite à votre contestation, ne nous permettent pas d'admettre un besoin d'aide régulier et important pour les actes ordinaires de la vie.

De plus, en tenant compte de l'aide exigible des membres de votre famille, un accompagnement pour faire face aux nécessités ne saurait être retenu. Vous ne seriez pas placé en home.

Au vu de ce qui précède, nous rejetons vos objections, les éléments apportés n'étant pas susceptibles de nous amener à modifier notre appréciation. »

B. Par acte de son mandataire, CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, du 31 mars 2022, I. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 1^{er} mars 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent « de degré maximal » lui est

allouée. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, « notamment par la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation neutre et impartiale ». Le recourant fait valoir que les rapports médicaux de ses médecins traitants (les Drs T._____, Y._____ et F._____) établissent, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a besoin d'une aide permanente pour tous les actes de la vie quotidienne. Eu égard auxdits rapports, il dit ne pas comprendre comment l'évaluatrice a pu juger en quelques minutes qu'il n'aurait besoin d'aide dans aucune activité de la vie quotidienne, alors qu'il dispose de moyens auxiliaires et bénéficie d'une rente d'invalidité depuis de nombreuses années. Au surplus, le recourant prétend que l'intimé, en lui octroyant, dans une procédure parallèle, un nouveau moyen auxiliaire, à savoir l'installation d'une porte arrière automatique sur le véhicule de son épouse, lui a reconnu « une impotence avérée » pour quelques actes de la vie quotidienne. Cela étant, il nie toute valeur probante aux rapports d'évaluation sur lesquels la décision entreprise est fondée, reprochant à l'intimé d'avoir mandaté la même évaluatrice à la suite de sa contestation et juge que l'instruction menée manque d'objectivité, voire est lacunaire.

Par réponse du 17 mai 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève notamment ce qui suit (sic) :

« Chaque prestation de l'AI doit être examinée selon les critères qui lui sont propres. Ainsi, la rente a été octroyée compte tenu de la capacité de travail et de gain de l'assuré. S'agissant de la modification du véhicule, le recourant conduit une voiture automatique adaptée en février 2021 pour son épouse qui est en chaise roulante. Comme mentionné dans le rapport d'expertise cité par le recourant, soit le rapport de consultation de la FSCMA [...] du 23 mars 2021, suite à une opération, l'assuré ne peut plus lever les bras. Ne parvenant plus à ouvrir le coffre afin d'y installer son épouse et par la suite le refermer, la FSCMA a proposé la prise en charge de l'installation d'une porte automatique au niveau du coffre, ce que le service des moyens auxiliaires a accepté. Ceci ne veut pas dire pour autant que l'assuré ne peut pas accomplir seul les actes de la vie quotidiennes. Le rapport de la FSCMA ne s'exprime d'ailleurs pas dans ce sens (voir plus loin).

Concernant l'impotence, une évaluation à domicile a eu lieu. Celle-ci remplit les conditions posées par la jurisprudence notamment celles figurant dans l'ATF 130 V 61. Elle a donc valeur probante. Il en ressort que l'assuré est autonome dans l'accomplissement des actes

ordinaires de la vie et n'a pas besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie [...].

Ceci est confirmé par le rapport de consultation de la FSCMA précité, dans lequel on lit que l'assuré « *est autonome pour effectuer les tâches de la vie quotidienne (faire les courses, se laver, participer au repas, faire le ménage)* ».

Le recourant déclare nécessiter de l'aide permanente pour tous les actes ordinaires de la vie courante, mais ne donne aucune précision à ce sujet. [...].

En plus du rapport d'évaluation, il convient de se référer aux pièces médicales à disposition.

[...].

Ainsi les documents médicaux en notre possession ne font pas état d'un besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie ni d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

[...] ».

Dans sa réplique du 8 juin 2022, le recourant confirme ses conclusions, tout en relevant que rien n'empêche la Cour des assurances sociales de fixer une allocation de degré différent ou de renvoyer la cause dans le sens des considérants si elle estime qu'une allocation de degré sévère n'est pas justifiée. Par ailleurs, il fait valoir être dans l'attente de rendez-vous importants de plusieurs spécialistes, en particulier neurologue, rhumatologue et psychologue, en mesure de préciser toutes les aides nécessaires aux actes de la vie courante, aides ne faisant pas l'ombre d'un doute. Enfin, il rappelle que le principal grief tient au fait que l'intimé a jugé utile d'envoyer par deux fois la même personne évaluatrice, alors même que la documentation médicale au dossier démontre, ne serait-ce que sous l'angle du degré de vraisemblance prépondérante, qu'il a besoin d'aide pour les actes de la vie courante (qu'elle soit, au demeurant, de degré faible). Il soutient qu'ainsi l'intimé n'était pas en mesure d'estimer, en l'état des faits et au regard des dispositions légales, qu'aucune allocation de ce type ne pouvait lui être octroyée. Il estime qu'une instruction complémentaire est nécessaire et déclare qu'il ne manquera pas de remettre les écrits des différents médecins spécialistes.

Par duplique du 21 juin 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours, estimant que les arguments développés par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent, singulièrement sur la question de savoir si les troubles dont il souffre rendent nécessaire une aide pour les actes ordinaires de la vie quotidienne et/ou d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO

2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, l'état de fait déterminant pour statuer sur la demande d'allocation pour impotent étant antérieur au 1^{er} janvier 2022, quand bien même la décision formelle n'a été rendue que le 1^{er} mars 2022 (TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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.

Selon l'art. 42 al. 1 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. 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).

aa) 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.

bb) 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).

cc) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impuissance 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'impuissance 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).

c) 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).

d) 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).

5. Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible notamment si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). Tel est le cas 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 (art. 38 al. 1 let. a RAI).

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).

Dans l'éventualité prévue à l'art. 38 al. 1 let. a, RAI, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers). La nécessité de l'aide apportée par une tierce personne pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014, consid. 4.1 et références citées).

L'accompagnement doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être

placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 8040 CIIAI). Les prestations d'aide requises pour la tenue du ménage doivent toujours être évaluées sous l'angle du risque d'abandon : il faut donc toujours examiner si, sans l'aide en question, l'assuré devrait être placé dans un home (ch. 8050 CIIAI).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire 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).

6. L'impotence et l'invalidité sont deux choses différentes, quand bien même elles ont pour point commun la référence à la notion d'atteinte à la santé (cf. art. 7 et 8 LPGA, d'une part, et 9 LPGA, d'autre part). Par exemple, de nombreux assurés - notamment ceux qui sont paraplégiques - peuvent percevoir une allocation pour impotent mais pas une rente d'invalidité, grâce à une réadaptation professionnelle réussie. A l'inverse, on peut se trouver en présence d'assurés totalement invalides qui perçoivent une rente entière mais qui n'ont pas droit à une allocation pour impotent, dans la mesure où ils peuvent accomplir eux-mêmes les actes de la vie ordinaire (ATF 137 V 351 consid. 4.3). En résumé, l'allocation pour impotent sera allouée lorsque l'atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi (impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins ou d'accompagnement), sans égard au fait que le degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente soit atteint ou non (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 p. 599).

Cela signifie en d'autres termes que seules les considérations relatives à la perte d'autonomie (besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, besoin d'accompagnement durable, etc.) engendrée par l'atteinte à la santé sont déterminantes pour se prononcer sur l'impotence.

7. a) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et références citées).

c) L'aide exigible de tiers dans le cadre de la réorganisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée. Sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens dans le cas où l'assuré fait ménage commun avec son épouse ou un membre de la famille, on ne saurait exiger de cette personne qu'elle assume toutes les tâches ménagères de l'assuré après la survenance de l'impotence si cela ne correspondait pas déjà à la situation antérieure (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4).

8. 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 144 V 427 consid. 3.2 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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 et 122 V 157 consid. 1c).

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. 6.1 et 6.2).

9. En l'occurrence, il convient de déterminer si le recourant a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, d'une surveillance personnelle permanente et/ou d'un accompagnement pour faire face aux nécessités

de la vie sous l'angle de l'art. 38 al. 1 let. a RAI et examiner s'il ne peut, en raison de son atteinte à la santé, vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne, étant relevé qu'il ne prétend pas être isolé ou incapable d'établir seul des contacts sociaux.

a) Le recourant allègue que les rapports médicaux des Drs T._____, Y._____ et F._____ établissent, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a besoin d'une aide permanente pour tous les actes de la vie quotidienne. Eu égard auxdits rapports, il dit ne pas comprendre comment l'évaluatrice a pu juger en quelques minutes qu'il n'aurait besoin d'aide dans aucune activité de la vie quotidienne, alors qu'il dispose de moyens auxiliaires et bénéficie d'une rente d'invalidité depuis de nombreuses années. Au surplus, le recourant prétend que l'intimé, en lui octroyant, dans une procédure parallèle, un nouveau moyen auxiliaire, à savoir l'installation d'une porte arrière automatique sur le véhicule de son épouse, lui a reconnu « une impotence avérée » pour quelques actes de la vie quotidienne. Cela étant, il nie toute valeur probante aux rapports d'évaluation sur lesquels la décision entreprise est fondée, reprochant à l'intimé d'avoir mandaté la même évaluatrice à la suite de sa contestation et juge que l'instruction menée manque d'objectivité, voire est lacunaire.

Pour sa part, l'intimé estime que l'évaluation de l'impotence qui a été effectuée au domicile du recourant remplit les conditions posées par la jurisprudence (cf. ATF 130 V 61), de sorte qu'elle a valeur probante. Or, il en ressort que l'assuré est autonome dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et n'a pas besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'intimé relève que ce constat rejoint celui figurant dans le rapport de consultation de la FSCMA, dans lequel on lit que l'assuré « *est autonome pour effectuer les tâches de la vie quotidienne (faire les courses, se laver, participer au repas, faire le ménage)* ». Pour le surplus, quand bien même le recourant déclare nécessiter de l'aide permanente pour tous les actes ordinaires de la vie courante, il ne donne aucune précision à ce sujet. Enfin, aucun des rapports médicaux figurant au dossier n'atteste les allégations du recourant.

b) En l'espèce, il ressort clairement tant du rapport d'évaluation de l'impotence du 18 juin 2021, que de son complément du 16 novembre 2021, que le recourant reste globalement autonome pour tous les actes de la vie quotidienne. Certes, il a besoin de l'aide ponctuelle d'une tierce personne pour les actes : « se vêtir/se dévêtir », « se lever », « se doucher ». Ainsi, il a besoin d'aide pour enfiler la chaussette au membre inférieur droit, « les mauvais jours », soit environ trois fois par semaine. De même, il lui arrive d'avoir besoin d'aide pour se lever parce que son genou se bloque, soit deux à trois fois par semaine. Il est toutefois indépendant pour les autres transferts. Il fait seul sa toilette, certes peine à se coiffer, mais se rase seul à la main, son fils l'aidant à finaliser en cas de besoin. Il est autonome pour aller aux toilettes et contrôler la propreté, mais rencontre un peu plus de difficulté certains jours, en raison d'une diminution de la mobilité de l'épaule droite. Pour ce qui est des déplacements, il est indépendant à l'aide de ses moyens auxiliaires (cannes, fauteuil roulant, scooter électrique et voiture adaptée de son épouse). Ses enfants l'aident pour les courses. Pour l'acte « manger », l'assuré a déclaré avoir besoin qu'on lui apporte ses repas au lit les jours où il n'est pas bien et pour couper la viande « dure ». En ce qui concerne la préparation des repas et les nettoyages, il bénéficie de l'aide indirecte de l'assistante CDA de son épouse, qui se charge de ces tâches. Lui-même peut remplir le panier du haut de la machine à laver la vaisselle et nettoyer des surfaces qu'il peut atteindre en étant assis dans son fauteuil. Les enfants aident aussi pour le ménage et s'occupent des lessives. Ainsi, tout en reconnaissant que le recourant a besoin d'une aide ponctuelle pour accomplir certains actes de la vie quotidienne, l'évaluatrice a relevé que cette aide n'était ni régulière, ni importante, en ce sens qu'elle ne représente pas plus de deux heures par semaine et qu'elle n'est nécessaire que lors de crises algiques aiguës de l'assuré, soit environ une à deux fois par semaine. Cela étant, elle a jugé que les critères pour accorder une allocation pour impotent n'étaient pas remplis, l'aide de la famille, en particulier celle des trois enfants aînés de la famille, étant exigible à raison de sept heures par semaine.

En ce qui concerne le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'évaluatrice l'a nié en relevant que le recourant était capable de structurer sa journée. Il gère seul les affaires administratives de la famille, ses rendez-vous médicaux et ses soins. C'est lui qui vérifie les réserves de nourriture et établit la liste des courses. Il se déplace pour ses rendez-vous et pour les courses de façon autonome grâce à la voiture adaptée de son épouse. Certes, le recourant a besoin d'aide pour effectuer les courses, soit pour attraper certains produits et les charger dans son véhicule. Ce sont ses enfants qui l'accompagnent pour ces tâches.

Cela étant, les rapports d'évaluation de l'impuissance sont complets et détaillés et prennent en compte les déclarations du recourant lui-même. Ses conclusions sont par ailleurs corroborées par le rapport du Dr J. _____ du 2 mars 2020, dans lequel il exposait que le recourant venait seul à ses rendez-vous, se déplaçait bien sur ses cannes, s'asseyait, se levait et se dévêtait de façon autonome. Il ajoutait qu'à son avis l'assuré était capable de manger sans aide.

Certes, dans son rapport du 17 novembre 2020, le Dr T. _____ indiquait que l'utilisation des cannes devenait difficile en raison des lésions traumatiques aux épaules, que la station debout était pénible en raison de talalgies et que l'assuré commençait à avoir besoin d'aide dans les actes de la vie courante. Il n'a toutefois donné aucune précision sur l'ampleur de l'aide dont le recourant aurait besoin. De même, dans son certificat du 15 février 2021, le Dr K. _____ se contente d'attester des limitations fonctionnelles pour le port de certaines charges, notamment pour charger et décharger le véhicule. Or, on rappellera que le véhicule de l'épouse du recourant a été aménagé avec la pose d'une porte arrière automatique au printemps 2021, précisément pour permettre au recourant de demeurer autonome sur ce plan. Enfin, si le Dr Y. _____ qualifie l'état de son patient d'impuissant dans son certificat du 14 septembre 2021, il ne donne aucune précision à ce sujet, indiquant seulement que le recourant aurait besoin d'une nouvelle prothèse. L'OAI a tenu compte de ce point puisqu'il a envoyé un formulaire de demande de

moyens auxiliaires à l'assuré en le priant de le remplir et de le lui retourner accompagné d'un devis. Il est à noter également que le recourant ne porte plus de prothèse depuis 2003 selon le rapport du Dr J. _____ du 2 mars 2020.

Les constats et les conclusions de l'évaluatrice sont par ailleurs corroborés par la FSCMA qui, dans son rapport du 23 mars 2021, si elle était favorable à l'octroi d'un nouveau moyen auxiliaire sous la forme d'une porte automatique à l'arrière du véhicule de l'épouse de l'assuré, précisait que l'appareillage de son moignon par une prothèse était impossible en raison de la courte taille de l'intéressé, et exposait que celui-ci parvenait à se déplacer avec ses cannes et ses autres moyens auxiliaires et restait autonome pour les actes de la vie quotidienne (courses, se laver, participer aux repas, ménage).

Pour ce qui est du besoin d'accompagnement, le recourant n'expose à aucun moment en quoi il aurait besoin de l'aide d'un tiers organisationnel.

Il découle de ce qui précède que l'évaluation de l'impotence à laquelle a procédé l'intimé est complète, détaillée et par conséquent probante. Elle doit être suivie. Elle repose en effet sur des rapports concordants dans leurs constats et leurs conclusions. A cela s'ajoute le fait que si le recourant fait valoir qu'il a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne, la Cour de céans observe qu'il n'a pas produit de rapport médical étayant ses allégations. Certes, dans son rapport du 27 septembre 2021, le Dr F. _____, nouveau médecin traitant de l'assuré, a certifié que son patient avait besoin d'une tierce personne à domicile pour l'aider dans les actes de la vie quotidienne. Outre le fait que ce rapport émane du médecin traitant du recourant et qu'il y a lieu de prendre en compte le lien thérapeutique qui les unit et qui peut influencer sur la valeur probante d'un tel rapport, force est de constater que le Dr F. _____ ne fournit pas d'explications ni de détails sur ses allégations. Ceci étant, force est de constater que les rapports établis par les médecins traitants du recourant ne sont pas probants pour étayer les dires de l'intéressé. Pour le

surplus, il convient d'observer que le recourant n'a pas produit les rapports médicaux de spécialistes qu'il annonçait dans sa réplique. Dans ces conditions, le manque d'objectivité reproché à l'évaluation de l'impotence tombe à faux.

L'obligation de diminuer le dommage implique, selon le Tribunal fédéral (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et références citées), que l'on peut attendre des membres de la communauté familiale qu'ils participent à la tenue du ménage notamment, tant que cela ne constitue pas une charge disproportionnée pour eux. Tel n'est pas le cas en l'espèce vu le bon niveau d'autonomie dont dispose l'assuré tant pour les actes de la vie quotidienne que pour la gestion des nécessités de la vie. En tout état de cause, l'aide des trois enfants aînés du recourant, âgés respectivement de 22 et 18 ans (pour les jumeaux) au moment de l'évaluation de l'impotence, n'excède pas ce qui est exigible, à savoir sept heures par semaine, comme l'a indiqué l'évaluatrice. A cela s'ajoute le fait que, pour la préparation des repas et le ménage, le recourant bénéficie également de l'aide de l'assistante CDA de son épouse.

En conclusion, l'évaluation de l'impotence étant en tous points probante, il y a lieu de la suivre et de confirmer la décision de l'intimé refusant au recourant toute allocation pour impotent.

10. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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 de la partie recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Etoy (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :