

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Di Ferro Demierre et M. Parrone, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 9, 17 et 43 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971 [...], a perdu ses deux mains, ainsi qu'un tiers des avant-bras, lors de l'explosion d'une mine le [...] 1989. Domicilié par la suite [...], il a acquis la nationalité de ce pays et est entré en Suisse en [...] 2009. Titulaire d'un diplôme d'éducateur depuis 2002, il a notamment exercé cette activité au taux de 80 % de mars 2010 à décembre 2013 au sein d'un atelier protégé dans le canton [...].

B. B._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 27 septembre 2013.

Dans un rapport parvenu à l'OAI le 29 octobre 2013, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté d'une situation stationnaire depuis 1989, sauf à préciser que plusieurs opérations pratiquées dans les années 1990 avaient permis la récupération de certaines fonctions des avant-bras. Le radius et l'ulna pouvaient être mobilisés indépendamment l'un de l'autre aux fins de leur utilisation à la manière d'une pince pour déplacer des objets.

C. Par demande de prestations formulée auprès de l'OAI le 28 novembre 2013, B._____ a requis une allocation pour impotent, signalant avoir besoin d'aide pour réaliser quatre actes ordinaires de la vie, soit « se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes ». Il pouvait également nécessiter un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie lorsqu'il était en dépression du fait de ses difficultés.

Le Dr C._____ a confirmé, le 28 janvier 2014, les indications fournies par son patient. Au titre de limitations fonctionnelles, ce dernier rencontrait une impossibilité à exécuter des tâches requérant une

dextérité manuelle fine, comme l'écriture, l'utilisation d'un clavier, ainsi que des restrictions dans le soulèvement et le port d'objets.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé, le 3 février 2014, que l'assuré souffrait d'une atteinte à la santé « indiscutable », laquelle avait « drastiquement limité le choix d'une profession ». Il a retenu que la profession apprise était adaptée et pouvait être exercée à 100 %. Les limitations fonctionnelles avaient trait à l'absence des deux mains et à l'incapacité d'exercer des travaux fins, tels que le laçage des chaussures ou la fermeture de boutons. L'aide alléguée pour effectuer les actes « faire sa toilette » et « aller aux toilettes » devait être vérifiée.

L'assuré a consulté le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, les 19 février et 11 mars 2014, en raison de tressaillements du bras et de la jambe gauche survenus dès septembre 2013. Dans le rapport adressé au Dr C. _____ le 11 mars 2014, le spécialiste n'a retenu aucune atteinte à la santé neurologique. Il a envisagé l'hypothèse que les tressaillements trouvaient leur origine dans la situation psychosociale difficile traversée par l'assuré. Il préconisait un traitement antidépresseur en vue d'une stabilisation de son humeur.

Par décision du 24 mars 2014, l'OAI a nié le droit de l'assuré à un reclassement professionnel et à une rente d'invalidité, faute d'incapacité de travail durable dans son activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée. L'assuré a été mis au bénéfice d'une aide au placement dès le 7 mai 2014.

D. A la suite d'une nouvelle demande de prestations formulée par B. _____ le 16 mai 2014, motivée par des tics et des tressaillements dans le bras et la jambe gauche, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle dès le 3 novembre 2014.

L'OAI a diligenté une enquête sur l'impotence de l'assuré, réalisée à son domicile le 11 décembre 2014. Dans le rapport du même

jour, l'enquêtrice de l'OAI n'a retenu aucun besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni aucun besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, en dépit des douleurs et des limitations alléguées par l'assuré, tout particulièrement depuis juin 2013. L'enquêtrice relevait que la motricité fine au niveau des membres supérieurs était inexistante, alors que la mobilité et le port de charges étaient limités. Avant juin 2013, l'assuré utilisait surtout le membre supérieur gauche, mais celui-ci se trouvait désormais également restreint en raison des douleurs, tandis que l'usage du membre supérieur droit avait toujours été très limité.

Par projet de décision du 18 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de nier le droit à une allocation pour impotent, faute de besoin d'aide pour l'accomplissement d'au moins deux actes ordinaires de la vie et de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie d'une durée de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois.

Une décision, reprenant les termes du projet précité, a été rendue par l'OAI le 10 février 2015 et est entrée en force.

E. A l'issue d'une observation professionnelle initiée dès novembre 2014, l'OAI a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail entière, en dépit d'une diminution de rendement de 50 %, dans l'activité habituelle d'éducateur. Son préjudice économique s'élevait par conséquent à 50 % (cf. rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 24 juin 2016).

Par décision du 3 janvier 2017, l'OAI a refusé de reconsidérer sa décision de refus de reclassement professionnel et de rente d'invalidité du 24 mars 2014, soulignant que l'invalidité de l'assuré était survenue bien avant son entrée en Suisse.

Statuant sur le recours introduit par l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé la décision de l'OAI du

3 janvier 2017 dans un arrêt du 6 septembre 2018 (cause AI 38/17 - 262/2018).

F. B._____ a déposé une seconde demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI le 20 février 2020, invoquant avoir besoin d'aide, depuis août 2017, pour réaliser quatre actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes ». Il précisait rencontrer des douleurs au bras gauche, survenues en 2017 dans le cadre d'une expérience professionnelle au cours de laquelle il avait dû porter des charges.

En date du 22 avril 2020, l'assuré, avec le concours du Centre Médico-Social [...] (CMS), a sollicité la prise en charge par l'OAI des frais d'installation d'un WC-douche-séchoir, d'un lift de bain et d'une barre d'appui.

Par rapports des 28 avril et 8 mai 2020, la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (FSCMA) a proposé la prise en charge des moyens auxiliaires requis, considérés comme simples et adéquats pour conférer une autonomie à l'assuré pour aller aux toilettes et se laver.

Le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, a rapporté à l'OAI, par correspondance du 10 mai 2020, que son patient souffrait de douleurs de plus en plus vives au niveau de son coude gauche depuis 2017, à la suite d'une importante sollicitation dans le contexte d'une activité d'aide-soignant dans un établissement médico-social. Un récent bilan radiologique mettait en évidence une importante dégénérescence et une destruction au niveau de l'articulation du coude gauche, en sus d'une épicondylite chronique. Une consultation auprès d'un chirurgien de la main était projetée. En mars 2020, un bilan ergothérapeutique avait relaté une grande dépendance dans la réalisation des actes ordinaires de la vie ; l'assistance était prodiguée par l'épouse de l'assuré, notamment pour les soins de base, la confection des repas et la manipulation de monnaie, par

exemple. Selon le médecin, la situation de l'assuré s'était « clairement péjorée depuis quelques années ».

Par communications du 25 mai 2020, l'OAI a pris en charge les frais d'installation d'un WC-douche, d'un lift de bain et d'une barre d'appui, au domicile de l'assuré.

Le 5 mai 2021, l'OAI a mis en œuvre une enquête sur l'impotence de l'assuré à son domicile. Le rapport correspondant du 12 mai 2021 a conclu à un besoin d'aide, depuis août 2017, pour effectuer trois actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette ». Un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, en particulier pour vivre de manière indépendante, pouvait être chiffré à une heure et dix minutes par semaine environ pour le ménage et la lessive. L'enquêtrice de l'OAI relatait que l'assuré présentait des douleurs importantes au membre supérieur gauche depuis 2017, à la suite d'un craquement survenu au bras au cours d'un stage d'aide-soignant. Ces douleurs limitaient substantiellement la mobilité de ses membres supérieurs. L'assuré était sous traitement quotidien d'antalgiques. Une opération avait été proposée, mais refusée faute de garantie d'amélioration de la situation. L'assuré avait, au cours de l'enquête au domicile, réalisé tous les gestes pour lesquels étaient invoquées des difficultés, sans que l'enquêtrice n'ait pu mettre en évidence de changement dans son état de santé. L'ergothérapeute de l'assuré n'avait pas non plus été en mesure de justifier l'intégralité des allégations de ce dernier. Des doutes subsistaient quant à l'évolution objective de sa situation.

Sur sollicitation de l'OAI, le Dr D. _____ a renvoyé aux termes de son rapport du 25 mai 2020, par pli du 27 octobre 2021, dans lequel il a ajouté que la situation de l'assuré s'était « nettement péjorée avec des troubles dégénératifs importants avec la mise en évidence d'un névrome ». Il avait été examiné au sein de l'Hôpital H. _____, mais les options thérapeutiques demeuraient limitées. Une amélioration de la situation n'était pas envisageable. Etaient annexés un rapport d'ultrason

du bras gauche réalisé le 19 mai 2020, concluant à une tumeur de 1 x 2 cm polylobée, sise à l'extrémité distale du nerf cubital dans le sens d'un névrome, et un rapport de consultation ambulatoire auprès de la Dre G._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main au sein de l'Hôpital H._____, du 15 mai 2020, relatant une infiltration demeurée sans effet.

Complétant un questionnaire à l'attention de l'OAI le 11 août 2022, le Dr D._____ a confirmé le besoin d'aide allégué par son patient pour accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette ».

Consulté pour avis, le SMR a retenu, le 21 septembre 2022, l'absence de modifications objectives des limitations fonctionnelles « en lien avec un nouveau diagnostic précis durable » depuis la précédente évaluation en matière d'impotence.

Le 3 novembre 2022, l'OAI a établi un projet de décision, informant l'assuré qu'il envisageait de lui refuser une allocation pour impotent, en l'absence d'éléments nouveaux depuis la décision du 10 février 2015.

Par correspondance du 24 novembre 2022, complétée le 9 décembre 2022, l'assuré, assisté de PROCAP, Service juridique, a contesté le projet précité, soulignant que son état de santé s'était péjoré depuis la précédente décision de l'OAI en matière d'impotence. A titre de justificatif, il s'est prévalu d'un rapport du Dr D._____ du 7 décembre 2022, aux termes duquel ce praticien retenait les diagnostics d'arthrose cubitale sévère, avec status post Krukenberg bilatéral en 1989, et de névrome cubital gauche. Les troubles dégénératifs, responsables de douleurs dans la réalisation des activités quotidiennes et d'une limitation de la force, avaient été diagnostiqués en 2019 et constituaient une aggravation de l'état de santé présenté en 2015. En outre, l'assuré s'étonnait, vu l'évaluation de la FSCMA, que l'OAI n'ait pas reconnu un

besoin d'aide dans l'accomplissement des actes « faire sa toilette » et « aller aux toilettes » lors du premier examen de l'impotence. Se posait dès lors, à son avis, la question de la reconsidération ou de la révision procédurale de la décision du 10 février 2015. Il a, en définitive, conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1^{er} février 2019.

Questionné par le SMR, le Dr D. _____ a indiqué, le 12 février 2023, que le névrome cubital présenté par son patient avait été diagnostiqué le 19 mai 2020, à l'occasion d'un ultrason et de radiographies. Il a produit un rapport relatif au coude droit, daté du 22 mai 2020, concluant à une subluxation importante de l'articulation radio-cubitale proximale, avec une exostose de 2 cm sur l'aspect dorsal de la jonction diaphyso-métaphysaire proximale du radius. Il renvoyait au surplus à ses précédents rapports.

Le SMR a maintenu les conclusions communiquées le 21 septembre 2022, dans un nouvel avis du 20 mars 2023.

Le Service juridique de l'OAI s'est rallié à l'opinion du SMR le 25 avril 2023, retenant l'absence de modification de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 10 février 2015, en l'absence d'élément médical objectif nouveau. Au surplus, il a estimé que ladite décision ne pouvait être qualifiée d'erronée et passible de reconsidération, puisque la réalisation des actes « faire sa toilette » et « aller aux toilettes » s'avérait possible pour l'assuré de manière autonome grâce à des moyens auxiliaires.

Par décision du 27 avril 2023, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une allocation pour impotent, faute d'éléments médicaux nouveaux depuis la décision du 10 février 2015.

G. B. _____, représenté par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision du 27 avril 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois par mémoire de recours du 22 mai 2023. Il a conclu, à

titre principal, à l'octroi d'une allocation pour impotent, à tout le moins de degré faible, et, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il s'est prévalu des renseignements médicaux fournis par son médecin traitant et des constatations rapportées par l'enquêtrice de l'OAI à l'occasion de l'analyse réalisée à son domicile le 5 mai 2021 pour conclure à la reconnaissance d'une aggravation de son état de santé, depuis 2017, voire 2019. Il estimait également qu'un besoin d'aide pour l'accomplissement d'au moins trois actes ordinaires de la vie et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie devait être retenu dans son cas. Il soulignait que la prise en charge des frais relatifs à des moyens auxiliaires, sur conseil de la FSCMA, démontrait clairement qu'il se trouvait dans une situation justifiant une assistance complémentaire pour effectuer les actes ordinaires de la vie en question. Il réitérait présenter les difficultés consignées par l'enquêtrice de l'OAI aux termes de son rapport du 12 mai 2021.

Par pli du 1^{er} juin 2023, l'assuré a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice, compte tenu de la précarité de sa situation financière.

L'OAI a répondu au recours le 3 juillet 2023 et conclu à son rejet, en se référant à la teneur des différents avis communiqués par le SMR.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige a pour objet le refus d'une allocation pour impotent en faveur du recourant à la suite de sa nouvelle demande en ce sens. Singulièrement, sont litigieux le besoin d'aide pour réaliser trois actes ordinaires de la vie, à savoir « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette », et la question de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

3. L'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires 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) est demeurée sans incidence sur les conditions du droit à une allocation pour impotent.

4. a) En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, applicable par analogie en cas de nouvelle demande de prestations faisant suite à un précédent refus, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la précédente décision rendue sur le fond et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4 et 9C_653/2012 du 4 février 2013 consid. 4).

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.

b) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42^{bis} (disposition pour les mineurs) est réservé (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 la santé, a durablement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a besoin que d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (al. 3).

6. a) 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.

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

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

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

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

d) L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

7. a) Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c).

b) Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. 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. 2010 CSI). 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. 2013 CSI).

c) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. 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 ; ch. 2015 et 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

8. a) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI 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). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne

nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). La nécessité de l'assistance d'un tiers 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). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

b) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a 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 autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI).

c) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI). 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).

10. 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 (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 7 ad art. 42 LAI, p. 597).

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 les références).

c) L'aide exigible de tiers dans la 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). Il faut néanmoins se demander comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut d'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ch. 2100 CSI).

11. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

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

de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

d) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

12. a) En l'espèce, il convient de déterminer si le recourant a connu une péjoration significative de son impotence, au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, depuis la précédente décision rendue en la matière le 10 février 2015. Aux termes de cette décision, le recourant ne requérait ni une aide régulière et importante pour l'accomplissement d'au moins deux actes ordinaires de la vie, ni un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

b) A l'occasion de l'enquête sur l'impotence réalisée le 11 décembre 2014, l'enquêtrice de l'intimé avait consigné les observations suivantes (cf. rapport du 11 décembre 2014, p. 2) :

« [...] 2.1 Éléments nouveaux concernant l'atteinte à la santé :

L'assuré parle de tristesse périodique en raison des multiples problèmes rencontrés (liés en priorité à l'incompréhension de la langue française). L'intéressé précise que les douleurs et les problèmes sont accentués le soir et la nuit « parce qu'il n'a rien d'autre à faire qu'à y penser ». Quand il travaille « les douleurs sont présentes, mais il n'a pas le temps d'y penser ». Ce dernier précise qu'il n'a jamais vécu ça avant le mois de juin 2013 et les médicaments qui lui ont été prescrits n'ont rien amélioré. Les médecins lui aurait dit que ça devait être un problème d'ordre psychique.

L'assuré pense que la situation « s'est dégradée » quand son ancien employeur n'a pas voulu prendre en compte ses problèmes de santé et l'a licencié.

2.2 Limitations fonctionnelles selon l'assuré(e) et/ou son entourage :

Motricité fine au niveau des MS [réd. : membres supérieurs] inexistante (l'assuré n'a pas de mains, « uniquement des pinces »), la mobilité est limitée au niveau des MS (avant l'assuré utilisait

surtout le MS G [réd. : gauche], le droit était très limité et maintenant en raison des douleurs le MS G devient aussi très limité), port de charge limité.

Au niveau du moral, l'assuré exprime « une tristesse », pleurs périodiques. Ce dernier essaie de chasser les pensées noires, « envie de vivre », mais « se sent seul ». L'intéressé éprouve également de la colère, « voudrait oublier cette année passée avec les gens qui ne le comprennent pas et lui qui ne comprend pas le français ». Un sentiment de révolte est également présent selon l'ami (présent pour la traduction). [...] »

c) Selon le rapport d'enquête, le recourant ne requérait aucune aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie, en dépit de certaines difficultés rapportées pour effectuer l'acte « se vêtir/se dévêtir ». Il enfilait en effet ses vêtements seul, mais ne parvenait pas à fermer les boutons ou les fermetures-éclair. Il essayait de porter des habits adaptés à son handicap, de sorte qu'une assistance éventuelle n'était pas qualifiée de régulière et importante (cf. *ibidem*, p. 3 et 4).

d) S'agissant de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice de l'intimé tenait compte d'une assistance totalisant une heure et dix minutes par semaine. Elle relevait que le recourant était autonome pour se lever le matin et les soins d'hygiène. Il était en mesure de confectionner ses repas. Il assumait seul le nettoyage de son appartement, mais une assistance d'une heure par semaine permettrait que « cela soit effectué correctement ». Il se chargeait de sa lessive, mais sollicitait l'aide du concierge à concurrence de dix minutes par semaine pour la transporter. Il gérait son administration de manière autonome, de même que son agenda, ses courses et l'achat de ses vêtements. Il ne courait aucun risque d'isolement durable (cf. *ibidem*, p. 5).

13. a) Dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent déposée le 20 février 2020, le recourant a allégué un besoin d'aide pour accomplir les actes « se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes » depuis août 2017. Il précisait avoir besoin d'une aide directe pour mettre et enlever les pantalons et les slips, décrocher les boutons, ouvrir et fermer les fermetures-éclair, mettre et enlever les chaussures (passer le talon, attacher les velcros et les lacets), pour couper

les aliments, pour se laver les jambes, les pieds, le dos, les fesses et les cheveux, pour se sécher et se raser. Une aide indirecte était requise pour enjamber et sortir de la baignoire (en particulier une surveillance en raison d'un risque de chute important). Le recourant indiquait également avoir besoin d'aide pour décrocher son pantalon lors de passages aux toilettes, pour remonter et ajuster ses slips et pantalons, ainsi que pour se laver et s'essuyer après être allé à selles.

b) Procédant à l'évaluation des moyens auxiliaires requis par le recourant, la FSCMA a, pour sa part, retenu ce qui suit en lien avec les actes « aller aux toilettes » et « faire sa toilette » aux termes de son rapport du 8 mai 2020 :

« [...] Afin que cet assuré soit autonome au quotidien, des adaptations des wc et de la baignoire sont à réaliser.

Adaptation des wc, photo 1 :

L'assuré n'est pas autonome pour s'essuyer sur les wc. En effet, il arrive à baisser ou relever son pantalon, mais les bras sont trop courts pour atteindre le siège et s'essuyer, il doit donc demander à son épouse de le faire.

La seule solution pour que cet assuré soit autonome pour aller aux wc est l'installation d'un WC-douche. Ce type de wc offre une fonction de lavage par eau tempérée et de séchage, évitant à la personne qui s'en sert d'accéder à ses parties intimes.

[...]

Adaptation baignoire, photo 2 :

Actuellement, votre assuré se lave debout dans la baignoire. Il doit être aidé, car l'absence des avant-bras le déséquilibre dès qu'il se penche et il a tendance à chuter s'il se baisse pour faire la toilette du bas du corps. Utiliser une planche de bains a été envisagé, mais il doit toujours se baisser pour se laver les jambes et a tendance à chuter en avant.

La solution retenue est l'installation d'un lift de bain et d'une barre d'appui murale. Il peut se tenir à la barre d'appui, ce qui a été testé, pour accéder au lift de bain et passer les jambes par-dessus le rebord de la baignoire. Une fois sur le lift de bain, il pourra se mettre au fond de la baignoire. Il sera alors maintenu par les bords de la baignoire ou le dossier du lift de bain pour faire la toilette et il n'aura plus à se pencher dangereusement en avant pour laver le bas du corps. Il pourra aussi mettre un fond d'eau dans la baignoire, ce qui facilitera la toilette.

Selon tous les interlocuteurs que nous avons contactés, seules ces adaptations sont nécessaires actuellement pour cet assuré. [...] »

c) Le rapport d'enquête du 12 mai 2021 fait état de limitations fonctionnelles identiques à celles retenues dans le rapport du 11 décembre 2014, en dépit de douleurs qualifiées d'importantes, présentes

depuis 2017 (à la suite d'un stage en qualité d'aide-soignant). Le moral a, par ailleurs, été décrit par le recourant comme bon (cf. rapport d'enquête du 12 mai 2021, p. 2).

d) S'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, l'enquêtrice de l'intimé a retenu un besoin d'assistance, prodiguée par l'épouse du recourant, uniquement pour réaliser les actes « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette » depuis août 2017 ; elle a en revanche nié toute nécessité d'aide pour réaliser l'acte « aller aux toilettes » étant donné l'installation d'un moyen auxiliaire à cette fin (WC-douche et séchoir ; cf. ibidem, p. 3 à 6).

aa) Relativement à l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'enquêtrice de l'intimé a rapporté une aide directe nécessaire pour enfiler les vêtements du bas du corps (slips, pantalons et chaussettes) ; pour le haut du corps, le recourant devait disposer d'aide pour terminer l'acte, en raison des douleurs aux membres supérieurs limitant la mobilité et la force, ainsi qu'en l'absence de motricité fine ; une aide directe était nécessaire pour enlever les vêtements du bas et du haut du corps. Le recourant était autonome pour la préparation de ses vêtements. Le besoin d'assistance revendiqué était confirmé par l'ergothérapeute du recourant.

bb) Eu égard à l'acte « manger », l'enquêtrice de l'intimé a fait état d'une aide directe nécessaire pour couper tous les aliments, ce que confirmait l'ergothérapeute du recourant, en raison des douleurs et du manque de force, ainsi que de l'absence de motricité fine. Le recourant pouvait toutefois, contrairement à ses allégations, porter les aliments seul à sa bouche ; il pouvait en particulier manger seul des yaourts ou de la soupe. L'aide ne pouvait être qualifiée de régulière à cet égard, ce que corroborait l'ergothérapeute du recourant.

cc) Concernant l'acte « faire sa toilette », l'enquêtrice de l'intimé a pris en compte une aide directe pour laver le haut du corps (dos et épaules) et le bas du corps (fesses et pieds), faute de mobilité suffisante pour atteindre certaines parties du corps et compte tenu des

douleurs. Ces éléments étaient confirmés par l'ergothérapeute du recourant. Ce dernier avait également besoin d'aide pour se coiffer en raison des douleurs et des limitations de la mobilité. Il était en mesure de débiter le rasage en utilisant un rasoir électrique, mais l'assistance de son épouse était indiquée pour terminer le geste en raison des douleurs provoquées par les mouvements répétitifs. A cet égard, l'enquêtrice de l'intimé a considéré comme exigible de fractionner le geste afin que le recourant l'exécute de manière autonome.

dd) S'agissant de l'acte « aller aux toilettes », l'enquêtrice de l'intimé a nié tout besoin d'aide, sur la base des déclarations consignées dans le rapport de la FSCMA du 8 mai 2020, vu l'installation du moyen auxiliaire recommandé (WC-douche et séchoir).

e) Concernant la question de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice de l'intimé a pris en considération une assistance totale d'une heure et dix minutes par semaine, comme lors de la précédente évaluation du 11 décembre 2014. Elle a exposé que le recourant serait capable de vivre seul à domicile sans l'aide de son épouse, en fonctionnant dans la même mesure qu'avant son mariage, selon ses propres déclarations (cf. ibidem, p. 7).

f) L'enquêtrice de l'intimé a enfin terminé son rapport par des remarques faisant état de ses doutes quant à une réelle modification du besoin d'aide allégué par le recourant depuis la précédente évaluation, motivée a priori uniquement par une augmentation des douleurs et la prise d'une médication antalgique. L'ergothérapeute du recourant confirmait par ailleurs les doutes relatifs à l'accomplissement de certains actes, dont celui de « manger » (cf. ibidem, p. 8).

14. En l'espèce, quoi qu'en dise le recourant, on peut d'emblée exclure que ce dernier présente un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie dans une mesure significativement différente de celle évoquée à l'occasion de la première évaluation de l'impotence du 11 décembre 2014. On observe en effet que le recourant est toujours

autonome pour gérer son quotidien, que ce soit pour se lever le matin et organiser ses journées, ou pour les activités usuelles du ménage, les courses et la lessive. Il ne présente par ailleurs aucune difficulté à gérer les tâches administratives et son agenda, ni aucun risque d'être confronté à un isolement durable. Dès lors, on peut considérer, avec l'enquêtrice de l'intimé, que l'assistance éventuelle ne saurait excéder une heure et dix minutes par semaine, ainsi que cela avait été retenu à l'occasion de la décision du 10 février 2015. On ajoutera que le changement de situation personnelle du recourant (mariage en 2019) et l'exigibilité d'une répartition des tâches au sein de son couple justifient d'autant moins la reconnaissance d'un besoin d'accompagnement in casu. Il convient en effet de tenir compte de l'aide exigible de la part de l'épouse du recourant dans la réalisation des tâches causant des difficultés à ce dernier (telles que le ménage en profondeur et le transport de la lessive). On peut donc à l'évidence exclure que l'accompagnement éventuel du recourant excède deux heures par semaine sur une période de trois mois au sens entendu par la jurisprudence fédérale sur cette question (cf. consid. 9c *supra*) eu égard à la première alternative envisagée par l'art. 38 al. 1 let. a RAI. On ajoutera que les deux autres alternatives prévues par l'art. 38 al. 1 let. b et c RAI ne sauraient sérieusement entrer en ligne de compte dans le cas particulier.

15. a) S'agissant des actes ordinaires de la vie, il n'y a pas lieu de douter des capacités du recourant à accomplir les actes « se lever/s'asseoir/se coucher » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » de manière autonome.

b) On peut également écarter, à l'instar de l'enquêtrice de l'intimé, que le recourant nécessite une aide régulière et importante dans la réalisation de l'acte « aller aux toilettes », compte tenu de l'installation d'un moyen auxiliaire parfaitement adapté à ses difficultés, telles qu'exposées à la FSCMA. Il s'agit en effet à cet égard de prendre en considération les déclarations du recourant consignées par cet organisme, lesquelles ne permettent pas de conclure à la persistance de difficultés pour l'hygiène corporelle du fait du recours à un WC-douche. On ajoutera

que les premières déclarations du recourant ne mentionnent pas de problématiques particulières pour se déshabiller et se rhabiller lors des passages aux toilettes. Il convient par conséquent d'écarter les allégations subséquentes du recourant en lien avec une assistance de son épouse pour remonter ses slips et pantalons en raison de douleurs. Quand bien même cette dernière prodiguerait un tel soutien, il conviendrait de le considérer comme une aide ponctuelle, ne remplissant pas les critères d'importance et de régularité imposant la reconnaissance d'une impotence.

c) aa) On peut en revanche s'interroger sur l'accomplissement des actes « se vêtir/se dévêtir », « manger » et « faire sa toilette », pour lesquels une aide régulière et importante devrait intervenir depuis août 2017, aux dires du recourant. On peut d'emblée douter de la date du besoin d'aide revendiquée, dans la mesure où il n'est pas avéré que le recourant recevait effectivement une assistance pour ces actes avant son mariage en 2019. On observe, cela étant, que la nécessité d'une aide serait motivée par la présence de douleurs importantes des membres supérieurs, ainsi qu'une perte de force, de mobilité et de motricité. A cet égard, on ne voit toutefois pas de changement significatif par rapport aux limitations fonctionnelles décrites à l'occasion de la première évaluation de l'impotence, au cours de laquelle le recourant avait déjà fait état de douleurs, de perte de mobilité et de force, notamment s'agissant du membre supérieur gauche (lequel était davantage utilisé que le droit).

bb) Dans ce registre, les informations médicales versées au dossier permettent de constater que la situation du recourant a néanmoins évolué sur le plan clinique, puisque qu'un névrome a été diagnostiqué à la suite de l'ultrason réalisé le 19 mai 2020 (cf. rapport de l'Hôpital H. _____ du 20 mai 2020, annexé à la correspondance du Dr D. _____ du 27 octobre 2021). Ont également été mentionnés des troubles dégénératifs importants par le médecin traitant (cf. ibidem).

cc) Cela étant, on ignore si ces diagnostics nouveaux sont effectivement responsables de douleurs, telles qu'allégués par le

recourant, et de limitations fonctionnelles supplémentaires, de nature à expliquer les difficultés observées par l'enquêtrice de l'intimé aux termes de son rapport du 12 mai 2021.

dd) On ne saurait se contenter, sur ces questions, des avis rédigés par le SMR les 21 septembre 2022 et 20 mars 2023. Ce service a en effet estimé qu'aucun élément médical objectif nouveau n'était avéré in casu, en dépit du diagnostic de névrome et de troubles dégénératifs. Il a retenu que le recourant n'avait « pas bénéficié de consultation neurologique, ni d'examen complémentaire neurophysiologique pour confirmer le névrome cubital ». Au surplus, selon le SMR, la Dre G. _____ n'aurait effectué qu'une seule consultation orthopédique et n'aurait pas fait état d'un diagnostic précis, ni de modifications des limitations fonctionnelles. On notera toutefois que cette praticienne n'a pas complété de rapport médical étayé à l'attention de l'intimé, tandis que ce dernier n'a pas sollicité son avis de spécialiste sur les limitations fonctionnelles alléguées par le recourant. En définitive, le SMR s'est limité à constater l'insuffisance des éléments médicaux versés au dossier en lien avec les constats ressortant du rapport d'enquête du 12 mai 2021, ce qui revient à mettre en évidence les lacunes de l'instruction médicale du présent cas.

d) En définitive, il n'apparaît pas possible, à ce stade, de se fonder sur les observations contenues dans le rapport d'enquête précité, étant donné que l'enquêtrice de l'intimé a pris en considération les allégations du recourant, éventuellement confirmées par son ergothérapeute, sans disposer d'une évaluation médicale circonstanciée déterminant les conséquences des nouvelles atteintes à la santé diagnostiquées auprès du recourant et permettant de fixer objectivement ses limitations fonctionnelles actuelles.

16. Compte tenu des lacunes du dossier médical constitué dans le cas du recourant, la Cour de céans n'est pas en mesure de se déterminer sur la péjoration éventuelle de son impotence depuis la décision du 10 février 2015, singulièrement sur la nécessité d'une assistance pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne revendiqués.

17. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

18. Vu la violation de son devoir d'instruction par l'intimé, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour la compléter sur le plan médical. En

particulier, il lui incombera d'actualiser les pièces médicales, en sollicitant notamment des rapports auprès des spécialistes en charge du recourant, susceptibles de fournir des précisions sur le tableau clinique objectif présenté par ce dernier. En fonction des résultats de ce complément, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (chirurgie orthopédique et neurologie), destinée à objectiver les capacités et les limitations fonctionnelles du recourant, ainsi que les conséquences concrètes de ces dernières en termes d'impotence (accomplissement des actes ordinaires de la vie ; par exemple, auprès d'un centre d'expertise tel que la [...]). Ce n'est qu'à l'issue de cette instruction complémentaire que l'intimé pourra se déterminer sur la survenance d'un motif de révision de l'impotence depuis le 10 février 2015 et sur le droit éventuel du recourant à une allocation pour impotent.

19. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 27 avril 2023 annulée, la cause lui étant renvoyée dans le sens des considérants.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Etant donné l'importance et la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la porter à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 27 avril 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés, à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :