

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Martin Ahlström, avocat à Genève,

et

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

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

E n f a i t :

A. **a)** J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père d'un enfant né en [...], sans formation, droitier, a déposé le 21 mai 2013 une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Les pièces médicales versées au dossier indiquent qu'il a subi le 9 janvier 2011 un infarctus du myocarde (STEMI) sur occlusion de l'artère coronaire droite, ainsi qu'un arrêt cardio-respiratoire sur fibrillation ventriculaire dans le contexte d'une cardiopathie ischémique (cf. rapport des Drs D._____, spécialiste en cardiologie, et H._____, médecin assistant, du 25 mars 2013). Cet événement a entraîné un héli-syndrome à prédominance sensitive (hypoesthésie), fascio-brachio-crural et rétrécissement du champ visuel bilatéral, ainsi que des troubles anxieux généralisés avec attaques de panique. Des syncopes d'origine vasovagales sont ensuite apparues de manière récurrente en février 2013 (cf. rapport du 21 juin 2013 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale). L'assuré a débuté un suivi psychiatrique le 24 mars 2014 auprès du Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée (cf. rapport du 16 juin 2014).

Le 10 août 2015, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière, le véhicule dans lequel il se trouvait comme passager ayant percuté un véhicule venant en sens inverse. Il a souffert de fractures de l'humérus gauche avec atteinte du nerf radial d'emblée, du mur postérieur du cotyle gauche avec luxation postérieure du fémur et de l'arc latéral de la 3^e côte gauche, ainsi que d'un traumatisme craniocérébral mineur et de contusions de la face. Au cours de son hospitalisation, qui a duré jusqu'au 27 août 2015, l'assuré a souffert d'une atélectasie (collapsus pulmonaire) du lobe inférieur droit le 14 août 2015 (cf. rapport de sortie du Service [...] du X._____ du 27 août 2015). L'accident a laissé des séquelles, notamment neurologiques, avec une paralysie flasque de la main gauche (cf. rapport du Dr L._____ du 8 février 2016).

L'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent le 4 mars 2016, en lien avec ses problèmes cardiaques ainsi que des atteintes à la main gauche et à la jambe. Il a mentionné un besoin d'aide pour se vêtir/se dévêtir (enfiler et ôter les vêtements et chaussures), pour manger (couper des aliments), pour les soins du corps (se laver le corps et les cheveux), aller aux toilettes (aide et surveillance pour se déshabiller et se rhabiller) et pour se déplacer (à l'extérieur). Il a en outre indiqué le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, assumé par son épouse.

Invité par l'OAI à se prononcer sur les besoins d'aide allégués par l'assuré, le Service [...] du X. _____ a répondu le 14 avril 2016, qu'en raison des lésions subies lors de l'accident, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles au niveau du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche, qui rendaient « certainement difficiles » les actes énumérés, mais non impossibles même s'ils nécessitaient « certainement plus de temps pour les réaliser », à l'exception de la conduite d'un véhicule automobile. Des soins à domicile avaient lieu huit fois par mois et un besoin de transport existait pour les séances de physiothérapie une fois par semaine et pour les rendez-vous au X. _____.

Répondant aux mêmes questions le 19 avril 2016, le Dr L. _____ a indiqué qu'une récupération fonctionnelle de la mobilité du bras gauche et de la jambe gauche paraissait compromise. Il en résultait un besoin d'aide pour les activités quotidiennes telles que se vêtir, se dévêtir, faire sa toilette et les soins du corps, se déplacer ou préparer les repas. Aucun moyen auxiliaire ne pourrait remplacer l'aide nécessaire de tiers et un aménagement du logement devrait être effectué. Le médecin traitant a joint en particulier les rapports établis les 20 janvier et 15 avril 2016 par le Dr K. _____, spécialiste en neurologie. Dans un complément du 8 juin 2016, le Dr L. _____ a indiqué que son patient était pris en charge par le Centre [...] du Service [...] du X. _____, où une neurolyse du nerf radial au niveau du bras gauche avait été réalisée le 17 mai 2016. Une greffe nerveuse ne pouvait toutefois pas être pratiquée, de sorte qu'il était conclu à une lésion du nerf radial dont l'évolution était défavorable.

A l'examen du jour, le patient était asthénique, découragé et inquiet. Il était « évident que la paralysie de la main gauche » entraînait un handicap majeur nécessitant l'aide d'une tierce personne pour les activités de la vie quotidienne. Il a annexé le protocole opératoire établi le 26 mai 2016.

b) Mandaté par l'OAI pour procéder à une expertise, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé un rapport le 31 juillet 2017, dans lequel il a posé les diagnostics d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11/F33.4) entre mars et décembre 2014 et durant trois mois en 2011, ayant évolué favorablement vers une rémission totale depuis janvier 2015. L'expert a également relevé des traits de la personnalité anxieuse (Z73.1), actuellement non décompensés.

Dans un rapport du 12 octobre 2017, le Service [...] du X._____ a indiqué que l'assuré ne récupérerait plus de force d'extension du poignet gauche et que la perte de force de poigne de la main gauche était définitive, la situation étant ainsi stable et définitive.

c) Une enquête à domicile sur l'impotence a été effectuée le 9 octobre 2017, résumée dans un rapport du 20 octobre 2017. L'assuré a relaté que depuis l'accident de 2015, il avait besoin d'aide pour la totalité de son quotidien, pour les tâches ménagères et pour les soins en raison de la paralysie de sa main gauche et de fortes limitations au niveau de sa jambe gauche. Il ne conduisait plus depuis 2011 en raison de sa médication. Il ne faisait plus de malaise mais devait faire attention en se levant ou en changeant de position. Il décrivait les limitations fonctionnelles suivantes : limitation de la marche à 30 minutes, manque de force dans le côté gauche, perte de l'équilibre, perte de force totale et de sensibilité dans la main gauche, motricité fine inexistante dans la main gauche, augmentation des symptômes lors de grand froid. S'agissant des besoins d'aide, l'enquêtrice a noté pour l'acte « se vêtir » que l'assuré avait affirmé lors de l'entretien qu'étant droitier, il pouvait s'habiller seul, y compris fermer les boutons, fermeture-éclair et ceinture, et mettre des chaussures adaptées, sauf en cas de grand froid quand sa main gauche

devenait plus rigide. Pour l'acte « aller aux toilettes », l'enquêtrice a retenu que l'assuré pourrait utiliser un réhausseur de WC, ce qu'il avait pu faire durant son hospitalisation et avait admis en entretien. Pour l'acte « manger », l'enquêtrice a constaté un besoin d'aide depuis août 2015 pour couper les aliments (aide directe et régulière de l'épouse car l'assuré ne peut pas tenir d'objet avec la main gauche). Pour l'acte « faire sa toilette », elle a retenu un besoin d'aide pour se baigner/se doucher depuis août 2015, en indiquant que l'assuré pourrait utiliser une planche de bain et se raser assis, mais qu'il avait besoin d'une aide directe pour le sécuriser en le tenant pour entrer et sortir de la baignoire en raison des risques de chutes. Pour l'acte « se déplacer », en raison d'un rayon de marche limité à 30 minutes, l'enquêtrice a admis un besoin d'aide pour les déplacements à l'extérieur lorsque l'assuré devait utiliser des escaliers ou pour des déplacements de longue durée ainsi que pour porter ses courses. Enfin, l'enquêtrice a retenu un besoin d'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie de plus de 2 heures par semaine depuis août 2015, en raison des troubles de l'équilibre, du risque de chute et de la paralysie de la main, parce que l'assuré ne pouvait plus faire le ménage, s'occuper de la lessive, préparer les repas et ouvrir son courrier. Une aide raisonnablement exigible de son épouse était prise en compte. Il n'y avait pas besoin d'une surveillance personnelle.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a conclu comme suit le 18 janvier 2018 :

« Conclusion :

L'assuré ne présente pas de paralysie du bras mais une paralysie localisée des releveurs du poignet et des doigts de la main [gauche].

- Concernant le besoin d'aide pour manger, l'assuré ne pourrait effectivement pas couper un aliment très dur mais devrait logiquement pouvoir s'aider légèrement de son membre supérieur [gauche] pour couper les aliments les plus courants.

- Pour se déplacer à l'extérieur, l'assuré peut marcher en tout cas 15', peut gravir quelques marches si non répété, peut prendre les transports en commun. Les grosses courses peuvent être effectuées par livraison. Aussi nous ne comprenons pas pourquoi une aide serait requise.

- Concernant l'accompagnement, nous estimons que l'assuré ne serait pas institutionnalisé en l'absence de son épouse.

Comme l'écrit justement son orthopédiste, l'assuré peut effectuer avec un peu plus de temps qu'à l'ordinaire tous les [actes de la vie

quotidienne]. Concernant le ménage, il est par contre évident que pour certaines tâches (vitres, poussière en hauteur, à fond...) l'assuré nécessite l'aide d'un tiers. »

L'enquêtrice de l'OAI a repris contact avec l'assuré par téléphone le 14 février 2018, pour discuter des éléments mis en exergue par le SMR. Le rapport a été complété le 28 février 2018. Notant que l'assuré devait pouvoir bouger son bras gauche sans s'aider du droit, l'enquêtrice a conclu que pour l'acte « manger », il pouvait s'aider de moyens auxiliaires (planchette) pour faire une tartine et utiliser son bras gauche pour appuyer sur une assiette. Seule une aide pour couper les choses dures était nécessaire, besoin qui n'était pas régulier, de sorte que cet acte n'était plus retenu. L'enquêtrice a également renoncé à retenir l'acte « se baigner/se doucher », en notant que l'assuré pouvait faire seul les transferts dans la baignoire en utilisant une planche de bain car il pouvait prendre appui sur la jambe gauche et s'aider de son bras gauche. Elle a de même nié le besoin d'aide pour l'acte « se déplacer », en constatant que l'assuré pouvait faire face aux barrières architecturales (marcher 15 minutes, monter/descendre les escaliers « pas de manière répétée ») et prendre les transports en commun seul. Quant à l'accompagnement durable face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice a relevé ce qui suit :

« Complément suite avis SMR du 18.01.2018

L'assuré est apte à structurer et organiser son quotidien, il gère ses [rendez-vous] médicaux et les différents modes de transports pour s'y rendre, train bus ou amis. L'assuré est apte à comprendre un courrier et à y répondre de manière adéquate. Il sait utiliser le téléphone pour appeler ou répondre.

Le couple a réorganisé la cuisine afin que l'assuré puisse réchauffer un repas et manger à table. L'assuré peut aider pour certaines tâches en étant assis ou appuyer contre le plan de travail pour la vaisselle par exemple. Il peut remplir et vider le lave-vaisselle en prenant appui sur la jambe valide et travailler avec le bras valide, il peut s'asseoir si nécessaire. Il peut s'aider de différents petits moyens auxiliaires pour ouvrir une bouteille, couper du pain, etc.

Il peut faire des courses via internet ainsi que les paiements. Il peut faire des courses légères et utiliser un sac à dos. Il peut faire la lessive en étant assis devant la machine, il peut plier le linge en étant assis. Il peut porter des charges légères. L'assuré peut fractionner les tâches et doit s'asseoir ou s'appuyer, les travaux lui demandent plus de temps.

Comme relevé dans le rapport SMR, l'assuré aura besoin d'aide pour le ménage.

L'autonomie de l'assuré ne suffit pas à justifier un placement.
Suite à l'avis SMR et aux différents avis au dossier, nous revenons sur notre décision et ne retenons pas l'accompagnement. »

Par décision du 30 avril 2018, confirmant son projet du 5 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent, au motif que l'assuré n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, les actes pouvant être effectués de manière autonome avec un peu plus de temps, et que l'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.

B. **a)** Parallèlement, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 23 mars 2018. L'office a constaté que l'assuré avait présenté successivement différentes atteintes à la santé qui faisaient à chaque fois repartir un délai d'attente. Ainsi, le degré d'invalidité était de 15 % le 1^{er} novembre 2013, puis de 28 % dès le 1^{er} mars 2016, taux insuffisants pour ouvrir le droit à une rente. En outre, des mesures professionnelles n'étaient pas susceptibles de réduire la perte économique. Une aide au placement a cependant été accordée par une communication séparée du même jour.

L'assuré s'est opposé à ce projet le 23 avril 2018, sous la plume de Me Martin Ahlström, en se fondant sur les réponses du Dr L._____ du 26 septembre 2017 à ses questions, un rapport adressé le 5 avril 2018 par le Dr L._____ à l'assurance responsabilité civile du conducteur responsable de l'accident d'août 2015, ainsi qu'un rapport établi le 17 octobre 2017 par le Service [...] du X._____.

Réinterrogé par le SMR, le Service [...] du X._____ a notamment indiqué le 5 juin 2018 que pour les activités bimanuelles, la main gauche pouvait servir de main d'aide, mais que sa fonction était encore diminuée par l'atteinte séquellaire des muscles intrinsèques du nerf ulnaire, laissant une griffe et donc une impossibilité de pince pulpo-pulpaire avec maintien des métacarpo-phalangiennes en rectitude. Même pour une utilisation très modérée en force de la main gauche, en position

assise, sédentaire et sans utilisation fine de la main gauche, le rendement ne dépasserait pas 80 %. Les limitations fonctionnelles étaient une perte de force de serrage de la main gauche due à une parésie des extenseurs du poignet et une raideur en extension des métacarpo-phalangiennes des doigts longs de la main gauche. Le déficit fonctionnel de la main gauche était également présent au niveau de la dextérité, de la capacité de répétition rapide des gestes et de l'endurance.

Le Service [...] du X._____ a répondu aux questions complémentaires du SMR le 17 juillet 2018, en indiquant que, dans une position purement assise et en ne prenant en compte que la pathologie de la hanche gauche, la capacité de travail pouvait certainement avoisiner les 100 % mais avec un rendement diminué par le besoin du patient de se lever et de se dégourdir les jambes à des intervalles réguliers. Le rendement ne dépassait ainsi probablement pas 80 %. Les limitations fonctionnelles étaient les positions debout prolongée et assis prolongée « probablement également », ainsi que la marche en terrain droit ou accidenté.

Dans un avis du 13 septembre 2018, le SMR a retenu que l'assuré avait présenté une capacité de travail de 85 % dans une activité adaptée sédentaire assise dès janvier 2011, de 0 % dès mars 2014 avec reprise progressive pour atteindre 85 % dans une activité sédentaire assise en janvier 2015, de 0 % dès août 2015 puis de 80 % dès juillet 2018 dans une activité adaptée assise permettant les changements de position à la demande, plutôt mono-manuelle avec la main droite.

Par projet de décision 12 octobre 2018, annulant et remplaçant celui du 23 mars 2018, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière du 1^{er} août 2016 au 30 septembre 2018. Le degré d'invalidité s'établissait à 15 % au 1^{er} novembre 2013 (fin du premier délai d'attente), à 100 % dès le 1^{er} août 2016 (fin du délai d'attente d'une année suivant l'accident d'août 2015), puis à 24 % dès le 1^{er} juillet 2018 (exigibilité d'une activité adaptée à plein temps avec une baisse de

rendement de 20 %). Aucune mesure professionnelle n'était susceptible de réduire la perte économique.

L'assuré s'est opposé à ce nouveau projet de décision le 14 novembre 2018 et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a joint ultérieurement une lettre du Service [...] du X._____ du 7 décembre 2018, relevant que le projet de décision ne tenait compte que du problème de hanche et non de l'atteinte du membre supérieur gauche, qui entraînait une certaine impotence fonctionnelle et nécessitait le port d'une attelle, avec un impact sur le rendement plus important que 25 %.

Le 14 février 2019, l'OAI a informé l'assuré que les éléments apportés avec son opposition ne remettaient pas en doute le bien-fondé de son projet de décision. L'OAI a ensuite rendu une décision le 26 mars 2019 octroyant une rente entière d'invalidité ainsi qu'une rente liée pour enfant du 1^{er} août 2016 au 30 septembre 2018, reprenant la motivation de son projet du 12 octobre 2018.

b) L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 9 mai 2019. Dans ce cadre, il a produit notamment des rapports du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, des 11 novembre 2019 et 3 juin 2020, signalant la reprise d'un suivi psychiatrique en raison d'un syndrome dépressif sévère et d'un syndrome de stress post-traumatique, avec de nombreux passages à l'acte hétéro et auto agressifs ayant nécessité des hospitalisations en service psychiatrique, ainsi que des écrits du Dr L._____ des 9 avril 2019 et 7 mai 2020 rappelant que l'assuré présentait non seulement des séquelles de l'accident de 2015, mais également un syndrome vasovagal secondaire aux problèmes cardiaques de novembre 2011 qui s'était aggravé avec l'apparition de malaises à l'emporte-pièce parfois associés à des chutes et à des pertes de connaissance.

Par arrêt du 6 juillet 2020 (AI 173/19 - 220/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et ordonné le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. L'office était notamment invité à mettre en place un examen pluridisciplinaire comportant à tout le moins des volets d'orthopédie, rhumatologie et psychiatrie.

Sur avis du SMR du 2 octobre 2020, l'OAI a mandaté le centre S._____ pour procéder à une expertise pluridisciplinaire incluant les volets d'orthopédie, rhumatologie, psychiatrie, neurologie et médecine interne.

C. **a)** L'assuré a déposé une nouvelle demande d'allocation pour impotent le 8 décembre 2020, indiquant un besoin d'aide pour les actes se vêtir/se dévêtir (aide directe pour boutonner et lacer les vêtements et souliers), manger (aide directe pour couper les aliments), soins du corps (aide directe pour entrer/sortir de la baignoire, laver le dos et les membres inférieurs), et se déplacer/entretenir des contacts sociaux (surveillance nécessaire lors des sorties en raison d'un risque de chute important et périmètre de marche limité à 50 mètres). Il était également mentionné le besoin d'une aide médicale (préparation du semainier, réfection de pansements tous les deux jours), de moyens auxiliaires (deux cannes anglaises) et d'un accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie. Le Centre médico-social [...] (CMS) avait déjà adressé un rapport en ce sens à l'OAI le 18 novembre 2020.

Le 10 décembre 2020, l'OAI a accusé réception de la demande de révision et invité l'assuré à produire, dans un délai de trente jours, les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'impotence depuis la décision de refus, notamment un rapport médical détaillé.

Dans un rapport du 7 janvier 2021, le Dr L._____ a fait état des diagnostics de lésion définitive du plexus brachial gauche le 10 août 2015, avec perte de force et de mobilité importante de la main gauche à

caractère irréversible, de séquelles neurologiques d'un arrêt cardio-respiratoire dans le contexte d'infarctus du myocarde en 2011, avec une atteinte importante de la coordination de l'hémicorps gauche (parésie motrice, paresthésies persistantes) ainsi qu'un tableau de dysautonomie neuro-végétative importante qui se manifestait par des syncopes vasovagales arrivant à l'emporte-pièce et qui s'était aggravé depuis le printemps 2020. Par ailleurs, depuis août 2019, le patient présentait une « claire aggravation » de son trouble psychiatrique, par un syndrome dépressif sévère avec idées noires et parfois suicidaires. En outre, il était suivi depuis 2015 pour des condylomes génitaux dont l'évolution était défavorable et qui avaient nécessité de multiples interventions. Des rapports des spécialistes consultés étaient joints, notamment un rapport relatif à une hospitalisation en service psychiatrique du 20 août au 14 septembre 2020 pour mise à l'abri.

Le 21 janvier 2021, l'OAI a informé l'assuré que sa demande d'allocation pour impotent serait examinée à réception du rapport d'expertise pluridisciplinaire mis en œuvre.

Les experts de S._____ ont rendu leur rapport le 18 janvier 2022. Ce rapport comprenait une appréciation pluridisciplinaire (ch. I), ainsi que les expertises spécialisées de médecine interne (Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale ; ch. II), psychiatrie (Dre A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; ch. III), neurologie (Dr Z._____, spécialiste en neurologie ; ch. IV), orthopédie (Dr C._____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; ch. V) et rhumatologie (Dr V._____, spécialiste en rhumatologie ; ch. VI). S._____ a en outre mandaté Mme G._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, pour procéder à un examen neuropsychologique, dont les résultats ont été joints au rapport d'expertise (annexe 0). Un résumé du dossier de la personne assurée figurait en outre en annexe 1 du rapport d'expertise, les résultats d'examen complémentaires en annexe 5 et des documents médicaux supplémentaires obtenus directement par les experts en annexe 6. Dans l'analyse pluridisciplinaire, les experts ont retenu neuf diagnostics

d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail (ch. I.1.d.3) et déterminé des limitations fonctionnelles, sauf en ce qui concerne l'état psychique dès lors qu'il n'était pas stabilisé (ch. I.1.d.7). La capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine était nulle depuis janvier 2011. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été nulle du 9 janvier au 30 avril 2011 du point de vue de la médecine interne, de mars à décembre 2014 sur le plan psychiatrique et depuis l'accident de 2015 en raison des atteintes neurologiques qui s'étaient rajoutées aux séquelles neurologiques des lésions ischémiques de 2011. L'expert psychiatre attestait en outre d'une incapacité de travail totale depuis juin 2019 et l'expert en orthopédie retenait que les lésions subies lors de l'accident avaient entraîné une incapacité de travail totale d'août 2015 à juillet 2018 puis une capacité de travail de 80 %, en raison d'une baisse de rendement de 20 % sur une journée de travail à temps plein (cf. ch. I.1.d.10).

Prenant connaissance de cette expertise, le SMR a émis l'avis médical suivant le 8 février 2022 :

« (...)

Les experts retiennent au final une [capacité de travail] nulle dans toute activité essentiellement pour des atteintes neurologiques et psychiatriques ; dans les axes orthopédique, rhumatologique et de médecine interne, la capacité de travail serait entière dans une activité adaptée.

Dans l'axe psychiatrique, l'expert retient un trouble anxieux et dépressif mixte mais précise que la situation n'est pas suffisamment stabilisée pour pouvoir établir un diagnostic précis ; l'examen clinique révèle un ralentissement psychomoteur et des troubles de la mémoire, un discours concret et pauvre. La situation s'est aggravée dans cet axe depuis l'évaluation de 2017 qui ne retenait pas de limitations fonctionnelles. Devant les difficultés pour recueillir l'anamnèse, l'expert se base sur les documents et retient de ce fait une aggravation depuis juin 2019, soit 2 mois avant la prise en charge psychiatrique par le Dr B. _____, psychiatre. L'expert relève surtout une symptomatologie peu claire et qui pourrait être secondaire (du moins en partie) aux traitements que reçoit l'assuré (neuroleptiques) ou d'ordre dégénératif avec un appauvrissement de la personnalité et d'importants troubles mnésiques ; à relever également une hospitalisation de quelques jours en mars 2020 et d'1 mois en été 2020 pour mise à l'abri d'idées suicidaires, en admission volontaire.

Dans l'axe neurologique, l'expert retient une vraisemblable synucléinopathie comportant un syndrome parkinsonien asymétrique prédominant à droite, compliqué de troubles cognitifs

et de trouble du comportement en sommeil paradoxal et une hypotension artérielle neurologique responsable de syncopes à répétition. En raison de la combinaison des troubles de la marche, de la parésie musculaire distale du membre supérieur gauche, du risque de syncope et surtout des troubles cognitifs avec un déficit en mémoire immédiate, un dysfonctionnement exécutif et des troubles praxiques, la capacité de travail dans toute activité est nulle, même dans une activité adaptée. L'expert fait remonter l'[incapacité de travail] totale à août 2015, dans les suites de l'accident de voiture qui serait responsable d'une aggravation de la situation neurologique centrale. Sans être confirmé, l'ensemble des éléments médicaux rend le diagnostic probable, permettant de mettre sous le même chapeau plusieurs symptômes rapportés par l'assuré.

Enfin l'examen neuropsychologique permet d'objectiver une atteinte de sévérité moyenne pouvant avoir un impact minime dans l'accomplissement d'activités simples, routinières dans un environnement connu et structuré ; l'atteinte n'explique pas la nécessité telle que décrite par l'assuré qu'un tiers (son épouse) s'occupe de l'ensemble des tâches de la vie quotidienne.

Concernant les syncopes : si elles pourraient s'associer à une synucléinopathie dans le diagnostic neurologique, elles n'occasionnent cependant pas de limitations fonctionnelles durables. D'un point de vue orthopédique, seules les [limitations fonctionnelles] en lien avec la diminution de la main gauche sont retenues.

Conclusion :

Les experts estiment la situation médicale non stabilisée mais néanmoins que l'assuré est en [incapacité de travail] totale en raison de troubles neurologiques et d'une diminution importante des ressources mobilisables. Le traitement médicamenteux ne semble pas adapté et participe possiblement aux troubles que présente l'assuré dans l'axe psychiatrique et neuropsychologique ; des examens complémentaires devraient être proposés afin de confirmer le diagnostic de synucléinopathie. L'amélioration éventuelle du traitement ne garantit pas pour autant qu'une capacité de travail sera retrouvée, ceci d'autant plus si l'atteinte neurologique se confirme : l'évolution depuis 2015 n'est pas favorable et il paraît peu probable qu'elle s'améliore. Je n'ai pas d'élément me permettant de m'écarter des conclusions de l'expert neurologue.

[Capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle depuis janvier 2011

[Capacité de travail dans l'activité adaptée] 100 % depuis avril 2011

[Capacité de travail dans l'activité adaptée] nulle de mars à décembre 2014

[Capacité de travail dans l'activité adaptée] 100 % de janvier à août 2015

[Capacité de travail dans l'activité adaptée] nulle depuis août 2015

Médicalement je ne retiens pas d'obligation de traitement »

Par décisions des 18 mai et 17 juin 2022, confirmant son projet du 9 mars 2022 auquel l'assuré a déclaré se rallier le 15 mars 2022, l'OAI a rendu une nouvelle décision, annulant et remplaçant celle du 26 mars 2019, lui octroyant une rente entière d'invalidité ainsi qu'une rente pour

enfant dès le 1^{er} août 2016, soit à l'échéance du délai d'attente suivant l'accident de 2015, qui avait entraîné une incapacité de travail totale durable dans toute activité.

b) Une nouvelle enquête sur l'impotence a été effectuée le 20 septembre 2022 au domicile de l'assuré. Le rapport établi le 18 octobre 2022 retient en particulier les éléments suivants :

- L'assuré a exposé que sa situation de santé s'était aggravée depuis la précédente évaluation. Il avait toujours plus de douleurs dans la jambe et le bras gauche, était très fatigué. Il se déplaçait sans canne depuis un mois et demi. Il avait des oublis, p. ex éteindre le four, et du mal à se concentrer. Il chutait régulièrement à la maison, environ 3 à 4 fois par semaine, et avait besoin d'aide pour se relever, raison pour laquelle il portait désormais un Sécutel. En outre, une prise en charge par le CMS avait été mise en place dans le courant de l'année 2020, comprenant un suivi infirmier une fois par semaine, un suivi par un assistant social ainsi que la préparation du semainier par la pharmacie. Ses limitations fonctionnelles étaient les oublis, des troubles de la concentration, un essoufflement à l'effort, la marche limitée à 15 minutes.
- S'agissant du besoin d'aide, l'enquêtrice n'a retenu aucun besoin d'aide régulière et importante pour les actes de la vie quotidienne, en notant ce qui suit :

« 4.1.1 Se vêtir [...]

L'assuré s'habille de manière autonome avec des vêtements adaptés, il prend le temps pour le faire. Il a besoin d'aide pour fermer les boutons et les fermetures éclair.

Il peut mettre ses chaussettes avec sa main droite.

[...] Moyens auxiliaires [...]

Il porte une attelle de position au niveau du poignet de la main gauche pour maintenir les doigts (doigts tombants)

[...]

4.1.2 Se lever [...]

Autonome pour ses transferts, besoin d'aide pour se relever lors des chutes.

[...]

4.1.3 Manger [...]

L'assuré peut maintenir son assiette avec sa main gauche. Il ne peut pas tenir un couteau dans cette main, manque de force et de mobilité fine. Il peut tenir un objet plus gros mais pas lourd et pas longtemps. Durant l'entretien, il met dans sa main son téléphone portable, il peut le soulever de la table mais ne peut pas en faire plus. Il peut lever son bras gauche sans s'aider du bras droit.

Son épouse lui coupe les aliments durs comme la viande, la pizza ou couper une tranche de pain.

Par habitude familiale, elle lui prépare sa tartine avant de partir au travail le matin, mais l'assuré pourrait le faire de manière autonome avec un moyen auxiliaire.

L'assuré était droitier avant l'atteinte à la santé.

[...]

Faire sa toilette [...]

- Se laver [...]

L'assuré peut se laver le visage, les mains et les dents avec une brosse à dent normale. Son épouse lui ouvre le tube de dentifrice s'il faut le tourner.

[...]

- Se baigner / se doucher [...]

L'assuré utilise une planche de bain pour faire sa douche.

Il n'arrive pas à entrer dans la baignoire d'une manière autonome car il n'arrive pas à porter sa jambe gauche.

Il laisse la porte ouverte lorsqu'il fait sa douche par sécurité en raison du risque de chute.

Il dit ne pas pouvoir se laver le bras droit car il n'a pas de force dans la main gauche pour tenir une éponge.

Son épouse l'aide pour frotter le dos et entrer et sortir en lui portant la jambe gauche.

L'assuré se douche 2 à 3 fois par semaine, les autres jours il ne fait pas de toilette au lavabo.

Aucun élément médical ne nous permet de justifier que l'assuré ne puisse pas soulever sa jambe gauche avec sa main droite et utiliser des moyens auxiliaires pour se laver le dos. Concernant sa main gauche, il pourrait y attacher une éponge pour se laver le bras droit.

- Se raser [...]

L'assuré est autonome pour se raser avec un rasoir électrique.

4.1.5 Aller aux toilettes [...]

- Laver le corps/contrôle de la propreté [...]

L'assuré est autonome pour se laver après être allé à selles mais c'est compliqué. Parfois, il s'assied sur le bord de la baignoire et se rince les fesses avec le jet de la douche.

[...]

4.1.6 Se déplacer [...]

- à l'extérieur [...]

L'assuré se rend chez ses médecins en transports en commun ([...] et [...]). Depuis son domicile, il marche 270 mètres pour se rendre à la gare et 300 mètres de la gare de [...] chez son généraliste. Pour se rendre chez son psychiatre à [...], il doit marcher plus longtemps.

Dans le village, il sort avec son épouse car il manque de motivation pour le faire. Parfois, elle le soutient par le bras. Les courses sont faites par son épouse en raison du port de charge, du périmètre de marche limité, du manque de motivation, des oublis. L'assuré pourrait faire une course légère au village. Physio 2/7 [mercredi] et [samedi] à domicile »

- L'enquêtrice n'a retenu aucun besoin d'aide permettant de vivre de manière indépendante, car l'assuré pouvait structurer sa journée (prendre ses rendez-vous, gérer son téléphone), étant précisé qu'il lui arrivait d'oublier un rendez-vous. Pour faire face aux nécessités de la vie, il pouvait appeler avec son téléphone portable, se chauffer un repas. Sur le plan administratif, il avait un avocat pour l'assurance-invalidité et l'aide d'un assistant social pour gérer son courrier, tandis que son épouse effectuait les paiements. Pour la tenue du ménage, il était relevé que l'assuré préparait son café le matin, pouvait réchauffer un plat au micro-ondes. Il ne lavait pas la vaisselle, mais pourrait le faire avec sa main droite et une brosse pour les choses simples. Il en allait de même au niveau du ménage, en utilisant sa main droite pour passer une patte dans un lavabo ou un balai léger et faire des rangements légers. L'assuré ne faisait pas la lessive mais pourrait remplir et vider la machine en se tenant assis sur un tabouret et plier le linge en étant assis. Il était tenu compte d'une aide raisonnablement exigible de la part de son épouse, qui ne travaillait que quelques heures par jour sans déplacement, mais non de son fils qui était en apprentissage avec des trajets de 3 heures par jour en transports en commun. L'enquêtrice relevait finalement que, selon l'avis du SMR du 8 février 2022, les limitations fonctionnelles physiques ne permettaient pas de justifier le fait que l'assuré n'effectuait aucune tâche simple à la maison.
- Il n'y avait pas besoin d'aide permanente pour les soins de base, car le semainier était préparé par la pharmacie et l'assuré prenait son traitement de manière autonome, avec environ 4 oublis par semaine. Il n'y avait plus de pansements à faire, mais il y avait des récurrences tous les six mois.

- Il n'y avait pas besoin de surveillance personnelle.
- Sous remarques, l'enquêtrice a noté que l'aggravation attestée de la capacité de travail n'impliquait pas de nouvelles limitations fonctionnelles qui permettraient de justifier les actes ou l'accompagnement. Ainsi, en synthèse, il n'était retenu aucun élément permettant l'octroi d'une allocation pour impotent.

L'OAI a rendu un projet de décision le 31 octobre 2022 refusant l'allocation pour impotent, au motif qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire et que l'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.

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 28 novembre 2022, en s'appuyant sur un rapport du Dr L._____ du 25 novembre 2022. Ce médecin attestait que l'assuré présentait d'importantes limitations médicales qui nécessitaient l'aide d'un tiers de manière chronique et permanente depuis 2015 pour la douche, les déplacements à l'extérieur, ainsi que pour manger (préparation des repas, couper les aliments).

Dans un rapport du 24 mars 2023, l'enquêtrice de l'OAI a exposé que les éléments médicaux avancés par le Dr L._____ ne permettaient pas de modifier ses conclusions. Pour la douche, aucune limitation fonctionnelle ne permettait de comprendre pourquoi l'assuré ne pouvait pas lever sa jambe en s'aidant de son bras valide pour entrer et sortir de sa baignoire et l'épouse n'avait pas besoin d'intervenir régulièrement pendant qu'il prenait sa douche. L'aide pour couper les aliments durs n'était pas considérée comme régulière. L'assuré avait montré en entretien qu'il pouvait lever le bras gauche sans s'aider du bras droit et qu'il pouvait tenir un objet léger dans sa main gauche pendant quelques instants. Il pouvait se déplacer de manière autonome en transports en commun pour se rendre chez ses médecins et devait

seulement être stimulé parfois par son épouse pour sortir marcher tous les jours comme conseillé par son médecin.

Par décision du 9 mai 2023, confirmant son projet, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, reprenant les remarques émises le 24 mars 2023 par l'enquêtrice, l'OAI a réfuté les objections de l'assuré.

C. Par acte du 13 juin 2023, toujours représenté par Me Martin Ahlström, J. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que son droit à une allocation pour impotent lui est reconnu, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision. Il a fait valoir un besoin d'aide pour faire sa toilette car il ne pouvait pas entrer seul dans la baignoire, ni rester debout dans sa douche en raison d'un risque de perte de connaissance. Il avait également un besoin d'aide pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux, toujours en raison du risque de chute et de malaise. Il avait également besoin d'assistance pour manger, son épouse devant préparer les repas et couper ses aliments en raison de la paralysie de sa main gauche. L'assistance continue d'un tiers était nécessaire, en l'occurrence son épouse, qui dépassait largement les obligations familiales d'entretien. Les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible étaient donc à tout le moins remplies.

Répondant le 3 août 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. S'appuyant sur l'avis SMR du 8 février 2022, il a exposé que la situation ne s'était pas modifiée depuis la décision rendue en 2018.

Le recourant a indiqué par courrier du 29 août 2023 qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, en lien avec une nouvelle demande d'allocation déposée le 8 décembre 2020.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3).

En l'occurrence, les faits déterminants et évalués dans la décision litigieuse se sont déroulés tant sous l'ancien que le nouveau droit. Dès lors, le nouveau droit entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022 demeure sans incidence sur l'issue de la présente procédure. Il convient cependant de relever que, s'agissant des directives établies par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à l'intention des offices AI cantonaux, la Circulaire sur l'impotence du 1^{er} janvier 2022 (CSI) a remplacé la Circulaire

sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité du 1^{er} janvier 2015 (CIIAI). Si l'instruction du dossier par l'intimé était guidée par l'ancienne CIIAI, il convient de relever que la nouvelle CSI diffère peu sur le sujet de la révision du droit à l'allocation pour impotence mais donne davantage de précisions. Il pourra ainsi, cas échéant, être fait référence aux deux circulaires.

3. a) Lorsque l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou que le besoin d'aide ou de soins était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible qu'elle présente désormais une impotence ou que le besoin d'aide ou de soins s'est modifié de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'impotence ou du besoin d'aide ou de soins rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 2 LPGA, si entre la dernière décision de refus de prester – qui repose sur un examen matériel du droit, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à modifier le droit aux prestations, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; voir en matière de droit à la rente ATF 147 V 167 consid. 4.1). Une simple appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

b) 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.

c) 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). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) prévoit qu'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. 42^{bis} al. 5 est réservé s'agissant des assurés mineurs.

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

4. a) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence (CSI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]), 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.

b) 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).

aa) 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. 2021 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8011 CIIAI]).

bb) 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. 2010 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, 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. 2013 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8026 CIIAI]).

cc) 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. 2016 à 2018 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8029 et 8030 CIIAI]).

5. 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 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).

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

d) 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. 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 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).

7. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-

dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

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

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

c) On rappellera par ailleurs qu'il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références citées ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

d) Les directives administratives sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales par les organes d'exécution des assurances sociales. Elles établissent notamment des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce conformément au principe d'égalité de traitement. Les directives administratives sont destinées à l'administration, mais le juge ne s'en

écarte pas sans motif pertinent (ATF 144 V 195 consid. 4.2 et les références citées).

8. a) 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).

b) Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 ; TF 9C_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2 et 8C_724/2022 du 21 avril 2023 consid. 5, cité par le recourant au cours de l'audience du 29 juin 2023 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°9 ad art. 42 LAI, p. 598).

9. a) En l'espèce, le recourant a fait valoir un besoin d'aide pour quatre actes ordinaires de la vie (se vêtir, manger, soins du corps et se

déplacer) ainsi que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Ces éléments étaient déjà mentionnés dans la première demande d'allocation pour impotent déposée par le recourant en 2016, mais avaient été écartés par décision du 30 avril 2018. Cette décision se fondait en particulier sur une enquête à domicile effectuée en octobre 2017 puis complétée en février 2018 afin de tenir compte de l'avis du SMR 18 janvier 2018. A la même époque, l'intimé avait également rendu un projet de décision rejetant la demande de mesures professionnelles/rente du recourant, basée sur les mêmes pièces médicales. Le recourant a alors uniquement contesté le refus de rente et le rejet de la demande d'allocation pour impotent est entré en force.

Lorsque la nouvelle demande d'allocation pour impotent a été déposée, l'instruction relative à la demande de mesures professionnelles/rente était toujours en cours, avec la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. L'intimé a alors décidé d'attendre les résultats de cette expertise pour statuer sur la nouvelle demande d'allocation pour impotent. Après réception du rapport d'expertise du 18 janvier 2022, l'intimé a diligenté une nouvelle enquête à domicile, au terme de laquelle aucun besoin d'aide n'a été retenu. Le recourant conteste cette appréciation et maintient que les besoins mentionnés dans sa demande sont réels.

b) Le recourant n'a pas remis en cause les éléments de faits du rapport d'enquête de 2022, en particulier la description qu'il a donnée à l'enquêtrice de ses difficultés et du déroulement de ses journées. Il n'a en outre émis aucun grief à l'encontre des conclusions de l'expertise interdisciplinaire, laquelle jouit au demeurant d'une pleine valeur probante. En effet, les experts de S. _____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné le recourant depuis le dépôt de sa demande de mesures professionnelles/rente. Les experts ont chacun examiné l'intéressé et établi un rapport portant sur leur spécialité respective, après avoir obtenu les résultats d'un examen neuropsychologique, procédé à des analyses

sanguines et pris directement contact avec les médecins traitants pour obtenir des précisions et compléter la documentation médicale. Les rapports spécialisés comprennent, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations, les diagnostics et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé. Sur la base de ces rapports, les experts ont établi une évaluation consensuelle, proposant une synthèse étayée de la situation médicale du recourant. L'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière sont ainsi remplis.

c) Au terme de leur examen, les experts ont retenu plusieurs diagnostics ayant effet sur la capacité de travail. Ils ont notamment confirmé que le recourant présentait des atteintes neurologiques entraînant une limitation de l'usage de la main gauche et de la hanche gauche, ainsi que des troubles cognitifs et la survenue de syncopes. Ils ont en conséquence déterminé les limitations fonctionnelles suivantes (ch. I.1.d.7, p. 13 du rapport) :

« • Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont impossibles à définir car la situation n'est pas stabilisée. À l'heure actuelle, il n'y a pas de capacité de travail. La personne assurée doit faire l'objet d'une observation en milieu hospitalier de réadaptation afin de pratiquer une fenêtre thérapeutique qui permettra une évaluation psychiatrique objective.

Du point de vue neurologique, depuis l'arrêt cardiaque de 2011, la conjonction des troubles de la marche liés aux lésions cérébrales et du danger de syncope sur hypotension limite toute activité nécessitant la position debout prolongée, la montée sur un objet (échelle ou autre), de façon générale la marche en particulier sur terrain inégal ou en pente. Le travail de nuit ainsi que le travail en équipe sont contre-indiqués. La conduite de véhicule automobile est contre-indiquée. Le danger de syncope lors d'un lever depuis la position assise nécessite que la personne assurée soit dans un lieu sécurisé avec un encadrement apte à se comporter correctement face à une chute avec ou sans perte de connaissance.

Après l'accident de 2015, la parésie musculaire distale du membre supérieur gauche limite toute activité nécessitant de façon prépondérante la main gauche ou une activité bimanuelle.

Si la personne assurée souffre bien d'une synucléinopathie, il est impossible d'en déterminer le début en général et notamment celui

des conséquences motrices et cognitives. Au vu du status actuel, lesdites conséquences remontent à plusieurs années comme c'est le cas de l'hypotension orthostatique. Il apparaît raisonnable de dire que la capacité de travail a été nulle dans toute activité depuis l'accident de 2015 qui a rajouté aux difficultés motrices centrales (séquelle des lésions ischémiques de 2011 et des conséquences motrices de type parkinsonien) des lésions neurologiques périphériques.

A noter que les troubles cognitifs de type exécutif, praxiques et mnésiques rendent peu probable un nouvel apprentissage.

Du point de vue orthopédique, travail principalement assis, avec une activité mono-manuelle droite, la main gauche pouvant aider. Pas d'échelle. Pas d'échafaudage. Pas de marche en terrain inégal. Pas d'engin vibrant. Pas d'utilisation du membre supérieur gauche en élévation de plus de 50°. Pas de charge au niveau du membre supérieur gauche.

Du point de vue rhumatologique, aucune limitation fonctionnelle n'est définie du fait de l'absence d'une atteinte incapacitante.

Du point de vue de la médecine interne, travail à l'intérieur, en position assise, travail diurne exclusivement, pas de port de charges supérieures à 10 kg ni port de charges itératif supérieur à 5 kg, pas d'effort de montées d'escaliers, d'échelles, de plans inclinés, éviter l'exposition à la chaleur et au froid, au bruit, à la fumée ou à d'autres substances irritantes.

Pas de changement subit de position, pas de travail en hauteur ni avec des outils ou machines potentiellement dangereux. Pas de conduite automobile. »

d) aa) Dans sa demande, le recourant a mentionné en premier lieu un besoin d'aide pour se vêtir, concernant le boutonnage et le laçage. Il n'a pas maintenu cette demande dans son recours et avait du reste indiqué au cours de l'enquête qu'il pouvait s'habiller seul. Tel était déjà le cas lors de l'enquête d'octobre 2017 et il ressort des rapports médicaux au dossier que le handicap touchant la main gauche du recourant n'a pas évolué depuis lors. On relèvera, par surabondance, que compte tenu du profil d'effort établi par l'expertise pluridisciplinaire précitée, il apparaît que l'assuré doit pouvoir revêtir et enlever des vêtements et chaussures adaptés, en restant assis et en utilisant sa main valide légèrement aidée de son bras gauche. Aucun besoin d'aide important et régulier ne peut dès lors être retenu pour l'acte « se vêtir/se dévêtir ».

bb) Pour l'acte « manger », la demande du recourant porte sur le fait de préparer les repas et de couper les aliments. Sur ce point, l'enquêtrice a noté que l'intéressé avait l'habitude de réchauffer les plats

préparés par son épouse et de préparer son café avec les plaques de cuisson. Elle a retenu que le recourant pouvait se nourrir de manière indépendante et utiliser des moyens auxiliaires pour couper la plupart des aliments. Cette appréciation correspond également au profil d'effort déterminé par les experts et peut donc être suivie. En utilisant sa main valide légèrement aidée de son bras gauche, le recourant doit en effet être à même de préparer toutes sortes d'aliments. Il est par ailleurs conforme à la jurisprudence de considérer qu'une aide nécessaire uniquement pour découper les aliments durs n'est ni régulière ni importante.

cc) Le recourant a ensuite fait valoir un besoin d'aide pour les soins du corps, à savoir entrer/sortir de la baignoire, se laver le dos et les membres inférieurs. Comme l'a signalé l'enquêtrice, aucune limitation fonctionnelle ne permet d'expliquer un besoin d'aide pour se laver le dos et les membres inférieurs, dès lors que l'intéressé peut utiliser une planche de bain pour s'asseoir et utiliser un moyen auxiliaire pour laver l'ensemble de son corps avec son bras valide. Cette appréciation est également conforme au profil d'effort de l'expertise et peut donc être suivie.

La problématique de l'entrée et la sortie de la baignoire pose en revanche question. En effet, le médecin traitant du recourant signale de longue date que son patient présente un syndrome vasovagal depuis 2012, cause de malaises qui se seraient intensifiés dans le courant de l'année 2020. Pour leur part, les experts ont retenu ce qui suit dans l'évaluation interdisciplinaire (ch. I.1.d.2, p. 11 du rapport) :

« Syncopes

Actuellement la personne assurée continue à présenter des syncopes, selon ses dires, sans blessure significative rapportée. L'étiologie retenue au terme de plusieurs évaluations spécialisées est celle d'une dysautonomie neurovégétative, rejoignant les conclusions de l'expert en neurologie.

Du point de vue de l'expert, si ce diagnostic a pu entraîner des incapacités de travail transitoires d'une durée de tout au plus 1-2 jours, il est sans influence durable sur la capacité de travail mais influence le profil d'effort. L'expert relève par ailleurs la possible

contribution d'un effet indésirable médicamenteux, plusieurs psychotropes, présents dans le traitement de la personne assurée depuis son hospitalisation psychiatrique en mars 2020, pouvant entraîner une hypotension orthostatique ou une lipothymie (Duloxétine, Trazodone, Rispéridone, Prégabaline, Lormétazépam, Zolpidem). »

Dans son rapport spécialisé, l'expert en neurologie a évoqué un risque accru de malaise lors du passage des positions assise à debout. Il a mentionné en particulier, dans la description des limitations fonctionnelles, que le danger de syncope sur hypotension lors d'un lever depuis la position assise nécessitait que la personne assurée soit dans un lieu sécurisé avec un encadrement apte à se comporter correctement face à une chute avec ou sans perte de connaissance. Sont également proscrits selon l'expertise neurologique, en raison des risques de syncope, la position debout prolongée, la montée sur un objet (échelle ou autre) et de façon générale la marche en particulier sur terrain inégal ou en pente (ch. IV.8.d, p. 90 du rapport d'expertise). L'expert neurologue a posé une « forte suspicion » de synucléinopathie comportant un syndrome parkinsonien asymétrique comme cause possible de l'hypotension artérielle responsable des syncopes (ch. IV.6.a.1 et IV.6.a.4, n. 2, pp. 81s. du rapport), soit une maladie évolutive. Il a par ailleurs évoqué, de même que l'expert de médecine interne (ch. II.6.a.4, p. 34 du rapport), une possible amplification du phénomène par l'utilisation récente de neuroleptiques. Il convient ainsi de retenir que la problématique des syncopes a connu une aggravation depuis la première décision de l'intimé relative à l'allocation pour impotent.

Il ressort de ces éléments que l'assuré présente un risque accru de chute lorsqu'il doit passer abruptement des positions couché ou assis à la position debout et que ce risque s'est aggravé depuis 2020. D'une manière générale, comme l'a fait l'intimé, on peut retenir que les changements de position au cours de la journée ne devraient pas nécessiter d'aide particulière car l'intéressé connaît sa problématique et peut effectuer ces changements de position en prenant le temps nécessaire pour la transition. Il convient cependant de tenir compte du fait que pour pouvoir se laver dans une baignoire, même en utilisant des

poignées et une planche, deux changements de position successifs à des intervalles courts sont nécessaires. A ces contraintes s'ajoute l'effort de soulever les jambes au-dessus du bord de la baignoire. Or, l'expert neurologue a confirmé que le recourant présente, depuis son arrêt cardiaque de janvier 2011, des séquelles neurologiques touchant spécifiquement son membre inférieur gauche (cf. ch. IV.6.a.4, n. 1, pp. 81s. du rapport). En conséquence, il faut admettre l'existence d'un besoin d'aide pour entrer et sortir de la baignoire, lequel doit être qualifié d'important et régulier, ce qui amène à constater qu'un besoin d'aide pour l'acte « soins du corps » doit être admis.

dd) Pour l'acte « se déplacer », le recourant a exposé qu'il devait être accompagné pour ses déplacements à l'extérieur. Il faut toutefois constater, à l'instar de l'enquêtrice de l'intimé, qu'aucune aide régulière et importante ne peut être retenue. En effet, le recourant a décrit lors de l'enquête à domicile qu'il se rendait seul à ses rendez-vous médicaux en utilisant les transports publics et qu'il pouvait marcher pendant 15 minutes. Les constats de l'enquête de septembre 2022 diffèrent peu des éléments rapportés au cours de l'enquête de 2017 sur ce point. Par ailleurs, tous les spécialistes qui ont procédé à l'expertise du recourant ont noté que l'intéressé déclarait faire une promenade de 15 minutes chaque jour et qu'il se déplaçait en transports publics. En outre, il a été relevé dans les rapports spécialisés de médecine interne, de psychiatrie, de rhumatologie et de neuropsychologie que l'assuré s'était rendu seul et en transports publics au lieu d'examen, en l'occurrence les 13, 22 septembre et 25 novembre 2021 à [...], respectivement le 24 septembre 2021 à [...]. A l'inverse, aucun rapport spécialisé ne mentionne que le recourant aurait signalé qu'il devait être systématiquement accompagné pour effectuer ces déplacements (cf. ch. II.3.b.10, p. 27 ; ch. III.3.b.10, p. 50 ; ch. V.3.b.10, p. 98 ; ch. VI.3.b.10, p. 112 ; p. 2 de l'annexe 0 du rapport d'expertise).

ee) S'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les constatations faites par l'enquêtrice ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, si le recourant a déclaré avoir un

besoin accru de l'aide de son épouse pour préparer ses repas, tenir le ménage et suivre ses traitements médicaux, il a également admis que celle-ci travaillait hors du domicile. En son absence, le recourant était ainsi capable de réchauffer des plats, d'utiliser les plaques de cuisson pour préparer du café, de recevoir des amis, de sortir pour se promener et de se rendre à ses rendez-vous médicaux. En outre, il a expliqué qu'une prise en charge par le CMS a été mise en place dans le courant de l'année 2020, comprenant un suivi infirmier une fois par semaine, un suivi par un assistant social ainsi que la préparation du semainier par la pharmacie.

Pour le ménage, il convient de rappeler que le recourant peut utiliser sa main droite et s'aider légèrement de son bras gauche. Lors de l'enquête à domicile, l'intéressé a montré à l'enquêtrice qu'il pouvait tenir des objets légers de sa main gauche, notamment son téléphone portable. L'appréciation de l'enquêtrice est conforme avec le profil d'effort établi par les experts. Il faut donc retenir que les limitations fonctionnelles du recourant ne l'empêchent pas de procéder à de menus travaux ménagers à sa hauteur, principalement avec sa main droite ou en s'aidant de son bras et de sa main gauche, cas échéant en fractionnant les tâches. Il convient par ailleurs de relever que, selon les déclarations du recourant lors de l'enquête d'octobre 2017, son épouse vivait encore dans leur pays d'origine lorsque ses problèmes cardiaques sont survenus en janvier 2011 et qu'elle l'a rejoint en Suisse ultérieurement. Il n'y a donc pas eu de répartition des tâches ménagères dans le couple avant les premières atteintes à la santé. Ainsi, dans la mesure où l'état de santé du recourant ne permet pas d'expliquer l'absence de toute participation de sa part dans la tenue du ménage, il n'est pas possible de considérer que la répartition actuelle des tâches est uniquement la conséquence des atteintes à la santé et qu'elle serait fondamentalement différente si le recourant était en bonne santé. En d'autres termes, eu égard aux capacités résiduelles du recourant, il y a lieu de considérer à l'instar de l'enquêtrice que le recourant peut assumer les tâches ménagères légères et que l'aide nécessaire pour les autres tâches reste dans les limites d'une assistance exigible de la part des membres de la famille faisant ménage commun. Il en va de même pour les tâches administratives, que le recourant

n'assume plus depuis son hospitalisation en milieu psychiatrique. Le suivi par un assistant social du CMS mis en place courant 2020 a pour corollaire que l'épouse n'intervient que pour effectuer les paiements, ce qui est raisonnablement exigible.

Concernant les traitements médicaux, le recourant est, comme déjà dit, capable de se rendre seul à ses rendez-vous. Le semainier est préparé par la pharmacie. Si le recourant mentionne « quelques oublis » tant à propos des rendez-vous que de la médication, il n'apparaît pas que la situation nécessite une surveillance particulière de l'épouse du recourant, étant au surplus relevé qu'il bénéficie d'un suivi infirmier hebdomadaire. Enfin, tant lors de l'enquête à domicile que lors des entretiens avec les experts, l'assuré a indiqué qu'il sortait régulièrement, pour se promener ou pour rencontrer des amis et que ceux-ci venaient également le voir à son domicile. Il n'y a ainsi pas lieu de considérer qu'il s'exposerait, sans l'aide de son épouse, à un isolement ou une désocialisation.

d) Il découle de ce qui précède qu'un besoin d'aide doit être reconnu pour les seuls soins du corps, mais doit être nié pour les autres actes ordinaires de la vie ainsi que pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En conséquence, les conditions posées par l'art. 37 al. 3 RAI pour reconnaître une impotence de degré faible ne sont pas remplies, ce qui exclut le droit à une allocation pour impotent.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit donc être rejeté et la décision de l'intimé du 9 mai 2023 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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, vu le sort de ses conclusions.

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 9 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'J._____.
- 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 :

- Me Martin Ahlström (pour J._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :