

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 9 et 61 let. c LPGA ; 42 LAI ; 37 et 38 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié, est père de deux enfants nés en [...] et [...]. En dernier lieu, il travaillait depuis le mois de janvier 2001 comme manœuvre au service de la société A._____ SA (ci-après : l'employeur).

Le 12 avril 2021, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité. En date du 17 septembre 2020, il s'était bloqué le dos durant son travail sur un chantier en manipulant des sacs de ciment et souffrait de maux de dos depuis lors. Il a indiqué avoir été en incapacité de travail totale du 21 septembre 2020 au 18 décembre 2020, puis dès le 15 mars 2021.

Le 17 mai 2021, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'employeur de l'assuré (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]). Il en ressort en particulier un rapport d'infiltration de la colonne lombaire sous scanner du 3 novembre 2020 du Dr X._____, spécialiste en radiologie, relatif à une infiltration dans l'espace épidural en L4-L5 d'une ampoule de Mephamesone et à une infiltration interfacettaire postérieure droite en L4-L5 et L3-L4 respectivement d'une ampoule de Dépo-Médrol et de deux centimètres cubes de Bupivacaïne sous guidage scanographique, sans complication. Dans un rapport initial LAA non daté, le Dr H._____, médecin praticien ayant prodigué les premiers soins le 18 septembre 2020, a diagnostiqué chez l'assuré une lombalgie avec hernie discale.

Le 27 janvier 2022, l'OAI s'est vu communiquer le dossier en mains de l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré (W._____ Générale Compagnie d'Assurances SA) dont il ressort notamment un rapport du 23 novembre 2021 du Dr Y._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne, consécutif à un séjour de l'assuré du 27 septembre au 17 octobre 2021 effectué auprès du Service de pneumologie

à l'Hôpital de P._____ en raison d'une pneumonie organisée post pneumonie à SARS-CoV-2 traitée par Prednisone.

Dans un rapport du 13 janvier 2022, le Dr G._____, médecin praticien et médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies invalidantes avec hernie discale (2020), d'apnée du sommeil (2021) et d'insuffisance respiratoire hypoxémique post Covid (2021). Le médecin traitant a retenu une capacité de travail de l'assuré nulle dans son activité habituelle depuis mars 2021 et dans une activité adaptée depuis novembre 2021.

Le 27 janvier 2022, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par l'assuré perte de gain. Il en ressort en particulier les pièces médicales suivantes :

- des comptes rendus opératoires des 7 avril et 26 mai 2021 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concernant des infiltrations de l'articulation sacro-iliaque droite et inter-facettaires sans complications, réalisées auprès du Centre neuro-orthopédique à la Clinique de S._____ ;

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire de la Dre E._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence chez l'assuré un rétrécissement des trous de conjugaison en L5-S1 bilatéral à prédominance gauche avec probable conflit L5 gauche, sans exclure un conflit à droite, et un rétrécissement modéré également en L4-L5 gauche, avec persistance néanmoins de la graisse autour des racines. Il n'était pas détecté de liquide sur les images effectuées au niveau du petit bassin ;

- des rapports de consultations des 8 juillet et 3 décembre 2021 du Dr C._____, qui, dans son second rapport, a fait part d'une situation peu satisfaisante et en aggravation relative par rapport au dernier contrôle, sans toutefois relever la nécessité d'entreprendre de nouvelles investigations. Au vu des épreuves traversées par l'assuré en

conséquence de son infection au Covid et du long alitement qui avaient provoqué un déconditionnement ultérieur ainsi que des difficultés respiratoires de l'intéressé qui présentait une assez grande labilité émotionnelle, une réadaptation musculosquelettique intensive n'était pas d'actualité ; il convenait au préalable de régler ses problèmes respiratoires avant de songer à d'autres traitements ; des exercices de condition physique, de même qu'une surveillance attentive du poids corporel, étaient toutefois vivement conseillés.

Dans un rapport du 16 février 2022, le Dr M._____, spécialiste en pneumologie, a indiqué que l'assuré avait totalement récupéré sur le plan respiratoire depuis son infection au Covid, avec une absence de limitation fonctionnelle sur ce plan.

Dans un rapport du 18 juillet 2022 adressé à l'OAI, le Dr G._____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies chroniques et a confirmé sa précédente évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Il a fait également part d'une insuffisance respiratoire ajoutée aux problèmes articulaires de son patient.

Dans un rapport du 10 mai 2023, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a fait part d'un bilan fonctionnel pneumologique normal avec une possible composante asthmatique chez un patient avec une obésité morbide (BMI [*Body Mass Index*] à 45 kg/m²).

Dans un rapport du 23 mai 2023 consécutif à un CT-thorax du 19 mai 2023, la Dre O._____, spécialiste en radiologie, a conclu chez l'assuré à une atteinte parenchymateuse pulmonaire bilatérale, sous forme d'aspect en verre dépoli diffus de gradient apico-basal, d'une majoration de l'interstice pulmonaire et des zones de piégeage, touchant notamment les apex pulmonaires. En comparaison avec une imagerie datant du 25 janvier 2021, cette atteinte pleuro-parenchymateuse était en diminution. L'examen n'était pas optimal compte tenu de la difficulté de l'assuré à l'effectuer correctement en *expirium*.

Dans un rapport du 7 juin 2023, le Dr I. _____ a décelé, à un test de provocation à la Méthacholine du 23 mai 2023, une hyperréactivité bronchique et a confirmé que l'assuré souffrait d'un asthme bronchique. Il lui a prescrit un traitement à base de Vannair 200/6 avec deux inhalations deux fois par jour, plus en réserve selon le schéma SMART, à utiliser avec une chambre d'inhalation.

Dans un rapport du 26 juin 2023, le Dr U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assuré depuis le 14 mars 2023 à une fréquence mensuelle, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation (F43.2). Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, ce médecin a mentionné un pronostic réservé et indiqué que le potentiel de réadaptation était très limité en raison des "plaintes somatiques importante[s]". Concernant la description des limitations fonctionnelles, le Dr U. _____ renvoyait auprès du médecin traitant.

Dans un rapport du 19 juillet 2023, le Dr I. _____ a indiqué que, du point de vue strictement pneumologique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire de type travail de bureau, sans port de charges lourdes, ni marche prolongée. Il devait éviter toute profession qui comportait une exposition aux irritants respiratoires et aux intempéries.

Le 12 septembre 2023, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande d'allocation pour impotent, indiquant avoir besoin d'aide pour accomplir les actes « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ». Il annonçait encore avoir besoin d'une surveillance personnelle, car il ne pouvait pas rester seul la nuit, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Dans un rapport du 23 octobre 2023, le Dr I. _____ a, sur la base de sa consultation du 21 septembre 2023, constaté un bilan

fonctionnel pneumologique dans les limites de la norme et a proposé la poursuite du traitement en cours, avec la précision qu'il était souhaitable que l'assuré puisse perdre du poids et reprendre une activité physique régulière, dans l'éventualité où ses douleurs articulaires multiples pouvaient être maîtrisées.

Dans ce cadre, l'OAI a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assuré auprès du D. _____ SA de [...]. Dans leur rapport du 15 janvier 2024, les Drs T. _____, spécialiste en pneumologie, X. _____, spécialiste en médecine interne, F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J. _____, spécialiste en rhumatologie, ont indiqué que le recourant ne souffrait d'aucune limitation s'agissant des actes « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette/soins du corps » et « aller aux toilettes » et qu'il n'avait pas besoin de surveillance permanente. S'agissant de l'acte « se déplacer », ils ont retenu : « Les dorsalgies sont un obstacle à la marche spontanée et nécessitent actuellement l'usage d'un déambulateur avec lequel l'expertisé se déplace lentement et avec peine lors de l'examen. La capacité à se déplacer dans son domicile n'a pas pu être évaluée ». Pour le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, les experts ont retenu : « L'expertisé n'a aucune activité ménagère ni de loisirs. Il a des contacts sociaux avec sa famille. Il dit sortir tous les jours pour marcher. Il n'a ni le permis de conduire ni la voiture ni l'ordinateur. Il est capable de se rendre chez les médecins, en général conduit par un membre de sa famille ».

Aux termes d'une fiche d'examen du 19 février 2024, l'OAI a estimé qu'une enquête à domicile n'était pas nécessaire au vu des conclusions du rapport d'expertise du 15 janvier 2024 figurant au dossier.

Par projet de décision du 19 février 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une allocation pour impotent de degré faible, faute de besoin d'aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et en l'absence de besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités

de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois.

Le 21 mars 2024, l'assuré, représenté par son avocat, a déposé des objections à l'encontre du projet de refus d'allocation pour impotent précité.

Par décision du 16 mai 2024, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une allocation pour impotent en raison de motifs identiques à ceux figurant dans son projet du 19 février 2024.

Par projet de décision du 1^{er} novembre 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité s'élevant à 58 % d'une rente entière du 1^{er} mars 2022 au 31 août 2023, ensuite de quoi son préjudice économique s'élevait à 10 %, puis dès le 1^{er} janvier 2024 à 15 %, insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité et octroyer des mesures de réadaptation professionnelle.

Le 9 décembre 2024, l'assuré, par son avocat, a déposé des observations, complétées le 27 janvier 2025, à l'encontre du projet précité et a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 11 décembre 2024 adressé au fils cadet de l'assuré, dans lequel le Dr I. _____ a notamment écrit ce qui suit [*sic*] :

"[...] Dans les différents courriers que j'ai adressés aux médecins de l'Assurance-invalidité, je les ai informés que votre père souffre de séquelles pulmonaires liées à l'infection à SARS-CoV-2 et à une pneumonie organisante secondaire. Je les ai informés qu'il souffre aussi d'un asthme bronchique suggéré par une hyperréactivité bronchique décelée au teste de provocation à la Méthacholine, ceci malgré une mécanique respiratoire normale. Son obésité, son relatif déconditionnement et respiratoire dysfonctionnelle participent à l'intense dyspnée dont il se plaint. Du point de vue strictement pneumologique, je retiens que votre père ne puisse exercer qu'une activité professionnelle uniquement sédentaire, sans port de charges lourdes et qu'il ne doit pas être exposé à des irritants respiratoires et aux intempéries.

J'ai fait la connaissance de votre père la première fois le 05.05.2023. Je ne peux malheureusement pas me prononcer par rapport aux années précédentes. Je vous laisse le soin de discuter avec l'avocat

afin d'évaluer si les périodes d'incapacité de travail peuvent être contestées. [...]" ;

- un rapport du 8 janvier 2025 adressé au Prof. K. _____ par la Dre Z. _____, spécialiste en anesthésiologie, auquel était joint un rapport CT thoraco-abdominal du 10 décembre 2024 du Dr B. _____, spécialiste en radiologie. La Dre Z. _____ a écrit ce qui suit [*sic*]:

“Je souhaite solliciter une hospitalisation pour Monsieur A. _____. Ce séjour serait à visée d'investigations pour un patient qui développe un syndrome douloureux chronique diffus secondaire. Travaillant sur les chantiers, Monsieur A. _____ est une sorte de force de la nature qui n'a jamais été malade jusqu'au moment où il a été atteint du Covid nécessitant une hospitalisation et une intubation.

La situation est inquiétante avec une impossibilité de reprise professionnelle si bien que son médecin traitant nous l'a adressé pour la prise en charge de lombosciatalgies non déficitaires qui ne répondent pas au traitement conservateur.

Depuis cette infection Covid, un diagnostic de stress post-traumatique est probablement à mettre en lien avec la situation persistante. Parmi les comorbidités Monsieur A. _____ a un syndrome d'apnée obstructive du sommeil sous CPAP [*Continuous Positive Airway Pressure*], une hypertension artérielle ainsi qu'un BMI [Body Mass Index] à 46. Le patient a également un suivi auprès d'un psychiatre, le Docteur U. _____.

Un dernier scanner montre aussi une pneumopathie en augmentation pour cela une évaluation pneumologique est prévue auprès du Dr I. _____. Une demande AI n'a pas encore été faite d'après le patient.

Cela fait maintenant plus d'une année qu'il est suivi dans notre institut et j'avoue que je rencontre beaucoup de difficultés à soulager ce patient.

Le diagnostic est un syndrome douloureux chronique lombaire non déficitaire d'allure musculosquelettique sur déconditionnement et une discopathie lombaire pour lesquels il a bénéficié de plusieurs infiltrations sacro-iliaques, facettaires lombaires, de la jonction thoracolombaire ainsi qu'une périurale qui sont restées sans effet. Je vais encore effectuer une transformainale L5 droite pour écarter l'irritation radiculaire sur sa discopathie.

J'ai effectué des perfusions de lidocaïne en intraveineuse qui ont eu un effet modéré puis introduit des perfusions de kétamine qui ont un effet modeste de réduction antalgique pendant 5 jours.

Sur le plan des traitements médicamenteux, le Lyrica, le Saroten 50 mg, le Sirdalud, les patchs de Fentanyl et le Tramadol n'ont eu que peu d'effets. L'usage d'un TENS semble apporter un léger bénéfice.

Nous nous retrouvons face à un problème de syndrome douloureux chronique diffus secondaire avec certainement un phénomène nociplastique.

Monsieur A. _____ a un important déconditionnement présent maintenant depuis 2021 pour lequel j'ai demandé une évaluation au

Docteur Q. _____ qui n'a proposé qu'une réadaptation comme autre alternative.

Suite à la discussion que j'ai eu ce jour avec son médecin traitant, je me permets de solliciter une évaluation dans votre service ; en effet, il me semble que vous avez des évaluations multimodales pour des douloureux chroniques. Dans l'attente d'une prise en charge de votre part, son médecin traitant va faire une demande de réadaptation à [...]. Je profite aussi de faire pour le suivi COVID long également au [...] car le suivi ne semble pas avoir été maintenu malgré le fort impact qu'a eu son hospitalisation.”

Dans un avis médical du 3 mars 2025, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a fait le point de situation final de la manière suivante :

“Conclusion

Il n'est pas apporté d'éléments médicaux nouveaux non pris en compte lors de la mesure expertale.

Le changement de jurisprudence concernant l'obésité ne change rien à notre évaluation, puisque cette dernière a déjà été prise en compte dans l'analyse consensuelle et la définition des limitations fonctionnelles, comme l'ensemble des autres atteintes que présente notre assuré.”

Par décision du 2 mai 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} novembre 2024.

Saisie d'un recours de l'assuré du 4 juin 2025 contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a enregistré sous le numéro de cause AI 165/25.

B. Entretiens, par acte du 17 juin 2024, A. _____, représenté par Me Jeton Kryeziu, a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 16 mai 2024 lui refusant le droit à une allocation pour impotent, concluant à sa réforme en ce sens qu'il « a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2023 » et que dès cette date, toutes les prestations d'assurance-invalidité reconnues sont versées avec intérêt à 5 % l'an en sus. Subsidièrement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des

considérants. A titre de mesure d'instruction, il a requis, le cas échéant, la réalisation d'une nouvelle expertise ordonnée par le tribunal. Sous bordereau de pièces joint à son mémoire de recours, il a notamment produit un rapport du 17 juin 2024 du Dr G. _____ et un rapport du 25 février 2025 d'une consultation du 17 février 2025 pour le suivi du Covid long auprès du Centre universitaire de médecine générale et santé publique X.X. _____.

Dans sa réponse du 13 août 2024, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours.

Dans sa réplique du 21 octobre 2024, le recourant a modifié ses conclusions et a sollicité que la décision attaquée soit réformée en ce sens qu'il a droit à une allocation pour impotent depuis le 1^{er} janvier 2023, avec intérêt à 5 % l'an en sus. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait valoir qu'il avait besoin de l'aide de son épouse pour accomplir les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette (soins du corps) » et « aller aux toilettes ». Il a ajouté avoir également besoin de l'aide d'un membre de sa famille pour l'acte ordinaire « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts ». A cet égard, il a déploré l'absence de mise en œuvre par l'intimé d'une enquête à domicile, si bien qu'à son avis ses douleurs et sa difficulté pour se déplacer n'ont pas suffisamment été investiguées. En lien avec le début du droit à une allocation pour impotent, le recourant a allégué présenter des limitations dans les actes ordinaires de la vie au moins depuis le mois de septembre 2021, à la suite de son infection au Covid.

Dans sa duplique du 14 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par arrêt de ce jour dans la cause AI 165/25, la Cour de céans a rejeté le recours formé contre la décision du 2 mai 2025 statuant sur le

droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, dans son mémoire de recours du 17 juin 2024, le recourant a pris des conclusions tendant à l'octroi d'une rente

entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2023, alors que la décision attaquée du 16 mai 2024 portait exclusivement sur le refus par l'intimé du droit à une allocation pour impotent. En conséquence, ces conclusions excèdent l'objet de la contestation et sont partant irrecevables.

c) Le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotent.

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) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent.

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

b) Selon l'art. 42 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'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 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 la 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 (al. 3).

c) Le droit à une allocation pour impotent naît dès qu'une impotence de de degré faible au moins existe depuis une année sans interruption notable (art. 42 al. 4, deuxième phrase, LAI).

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

b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec les 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 (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 (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.

6. 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 ss de la Circulaire sur l'impotence (CSI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;
- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer.

7. **a)** Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à la personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf.

MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, 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_354/2023 du 15 novembre 2023 consid. 2.3 ; 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

8. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales 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 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

d) 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

9. 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, ce qui ne signifie toutes pas que l'enquêteur devrait être lui-même médecin ou ergothérapeute (TF 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2). 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.1; TF 8C_583/2023 du 27 février 2024 consid. 2.3.3 ; cf. également : MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, n° 9 *ad art.* 42 LAI, p. 598).

10. a) En l'espèce, le recourant estime avoir besoin, de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour réaliser les actes ordinaires de la vie « se vêtir et se dévêtir », « faire sa toilette (soins du corps) », « aller aux toilettes », ainsi que « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts ». Il ne prétend en revanche plus avoir besoin d'aide

pour effectuer les actes ordinaires « se lever/s'asseoir/se coucher » et « manger », ni n'avoir besoin d'une surveillance personnelle, ni d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, contrairement à ce qu'il indiquait dans le formulaire de demande d'allocation pour impotent du 12 septembre 2023. Il n'y a pas lieu de revenir sur ces éléments que le recourant ne conteste pas.

b) Dans la décision attaquée, l'office intimé s'est fondé sur les constatations ressortant du rapport d'expertise pluridisciplinaire du D. _____ du 15 janvier 2024, laquelle comportait des volets en pneumologie, en médecine interne générale, en psychiatrie et en rhumatologie, pour nier le droit du recourant à une allocation pour impotent. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de syndrome post-Covid (respiration dysfonctionnelle avec tendance à l'hyperventilation) (U09.9), de syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré, appareillé (G47.3), de tachycardie (R00.0), de douleurs lombaires sans conflit disco-radriculaire, sur arthrose postérieure (M54.5), d'obésité morbide (E66.9), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) et d'anxiété généralisée (F41.1). Ils ont estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 18 septembre 2020 (sous réserve d'une période de capacité de travail temporaire entre janvier et mars 2021), d'une capacité de travail nulle dans toute activité du 1^{er} septembre 2021 au 16 février 2022, d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée du 17 février 2022 au 10 mai 2023, puis d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (d'ordre rhumatologique et pneumologique), à savoir excluant les efforts physiques et le stress susceptibles de déclencher des crises d'hyperventilation ainsi que l'exposition aux irritants respiratoires, les efforts de soulèvement au-delà de cinq kilos à partir du sol, le porte-à-faux du buste et le port de charges proche du corps limité à dix kilos. Les experts se sont en outre prononcés sur l'impact de ses limitations fonctionnelles sur la vie quotidienne du recourant.

D'un point de vue formel, ce rapport d'expertise pluridisciplinaire satisfait à l'ensemble des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Les experts se sont entretenus les 10 et 15 novembre 2023 avec l'assuré et ont eu accès à son dossier médical complet qui a été résumé. Dans chaque discipline examinée, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et assécurologique déterminant, examine les plaintes formulées, relate le statut et fait la description d'une journée-type et rend également compte des observations cliniques effectuées. Ils ont fourni une synthèse de leurs constatations et ont répondu de manière ciblée aux questions de l'administration.

S'agissant des diagnostics et de leur répercussion sur la capacité de travail du recourant, ainsi que des limitations fonctionnelles retenues par les experts, la Cour de céans a constaté, par arrêt de ce jour dans la cause AI 165/25 concernant le droit à la rente d'invalidité du recourant, qu'il n'existait aucun élément au dossier devant conduire à nier la valeur probante des conclusions des experts. Ainsi, les limitations fonctionnelles d'ordre pneumologique retenues par les experts (une tendance à l'hyperventilation déclenchée par les efforts physiques et le stress occasionnant des troubles végétatifs [douleurs thoraciques, tachycardie, sudations, paresthésies et vertiges] ainsi que l'exposition aux irritants respiratoires) coïncident avec les restrictions mises en évidence par le Dr I. _____ notamment dans son rapport du 11 décembre 2024. Quant aux limitations fonctionnelles rhumatologiques (pas d'effort de soulèvement au-delà de cinq kilos à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste et port de charge proche du corps limité à dix kilos), les conclusions de l'expert ne sont pas remises en cause par les rapports médicaux au dossier. Il en va de même s'agissant de l'absence de diagnostics incapacitants et de limitations fonctionnelles du point de vue de la médecine interne et de la psychiatrie.

S'agissant des répercussions des limitations fonctionnelles retenues sur les actes ordinaires de la vie, les experts ont indiqué que le

recourant ne souffrait d'aucune limitation impactant les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir », « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette/soins du corps » et « aller aux toilettes ». Aucun élément au dossier ne permet de douter du bien-fondé de ces constatations expertales. Le seul fait que le recourant indique qu'il bénéficie de l'aide de son épouse est insuffisant, cette aide n'étant objectivement pas justifiée vu les atteintes à la santé dont souffre l'intéressé. Il sied encore de relever que les actes ordinaires de la vie pour lesquels le recourant estime avoir besoin de l'aide de tiers ont évolué, les actes mentionnés dans la demande d'allocation pour impotent en septembre 2023 n'étant pas les mêmes que ceux allégués dans le cadre de la présente procédure de recours, sans que l'on ne dispose de la moindre explication médicale justifiant cette évolution. Cette situation tend à confirmer le caractère subjectif de la nécessité de l'aide fournie par l'épouse du recourant.

c) S'agissant de l'acte ordinaire « se déplacer », les experts ont retenu : « Les dorsalgies sont un obstacle à la marche spontanée et nécessitent actuellement l'usage d'un déambulateur avec lequel l'expertisé se déplace lentement et avec peine lors de l'examen. La capacité à se déplacer dans son domicile n'a pas pu être évaluée ».

Une impotence est reconnue pour l'acte en cause lorsque l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, ne peut plus se déplacer de manière autonome dans son logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux. La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts sociaux afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes présentant un handicap psychique) doit être prise en compte uniquement au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et non de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (ch. 2054 et 2056 CSI).

Dans ses écritures, le recourant se limite à plaider un besoin d'aide d'un membre de sa famille quotidiennement, malgré l'utilisation d'un déambulateur dont il dispose, pour se déplacer de manière libre dans

son logement ou à l'extérieur, ou entretenir des contacts sociaux, expliquant qu'il ne peut pas marcher longtemps sans nécessiter une pause. Ce faisant, il est impossible, à défaut d'indications contraires au dossier, de comprendre pour quel motif médical, le recourant est entravé dans ses déplacements à l'intérieur ou à l'extérieur effectués seul avec son déambulateur. Or selon la journée-type du recourant telle qu'elle figure dans le rapport d'expertise de janvier 2024, il est noté que, par jour de beau temps, le recourant sort marcher avec sa femme pendant environ deux heures, même s'il doit s'arrêter toutes les vingt minutes en raison de ses problèmes respiratoires. Le seul fait que l'épouse l'accompagne durant ses sorties ne signifie toutefois pas encore que le recourant présente un besoin d'aide pour accomplir cet acte ordinaire de la vie. En outre, il ressort du rapport d'expertise que le recourant est capable de se rendre chez ses médecins, bien qu'en général il soit conduit par un membre de sa famille. Cette aide n'était que ponctuelle elle exclut la reconnaissance d'une impotence à ce titre. Quant aux déplacements réalisés à l'intérieur du domicile, on ne perçoit pas quelles circonstances médicales empêcheraient le recourant de se mouvoir sans l'aide d'une personne tierce, ce qu'il n'explique du reste pas. Dans ce contexte, l'office intimé n'était pas tenu d'instruire davantage ce point, ni d'ordonner une enquête à domicile.

d) Vu les considérants qui précèdent, on retiendra que le recourant ne requiert pas l'aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni n'a besoin d'une surveillance personnelle permanente ou d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Partant, il ne remplit aucune des situations prévues à l'art. 37 RAI.

11. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans qu'il n'apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision de l'intimé du 16 mai 2024 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 16 mai 2024 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 de A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :