

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

F._____, à (:...), recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à
Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 9 et 17 LPGA ; 37 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], est atteint depuis sa naissance d'un myéломéningocèle lombaire (spina bifida L4-L5).

Le 4 janvier 2000, il a déposé, par sa mère, Z._____, une demande de prestations AI pour assurés âgés de moins de 20 ans révolus auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Celui-ci a pris en charge le traitement de l'atteinte congénitale selon les chiffres 381 et 386 de l'annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21), concernant les malformations du système nerveux et de ses enveloppes ainsi que l'hydrocéphalie congénitale (cf. communication du 18 juillet 2000). La prise en charge médicale a été complétée par une contribution pour les soins à domicile octroyée à partir du 13 juin 2001 (communication du 6 mars 2003).

Par décision du 8 juin 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation pour impotence moyenne du 1^{er} janvier 2004 au 31 janvier 2018, ainsi qu'un supplément pour soins intenses. Il a constaté que l'assuré avait besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir quatre actes ordinaires de la vie et qu'il nécessitait des soins spécifiques de plus de huit heures par jour.

Dans le cadre de l'instruction de la révision d'allocation intervenue en 2007 à la demande des parents de l'assuré, l'OAI a constaté que ce dernier avait désormais besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie. Par décision du 5 novembre 2007, l'office AI a par conséquent reconnu à l'assuré le droit à une allocation pour une impotence de degré grave dès le 1^{er} mai 2006, maintenant au surplus le droit à un supplément pour soins intenses.

Par projet de décision du 20 novembre 2017, l'OAI a supprimé avec effet rétroactif l'allocation d'impotence pour mineur octroyée à

l'assuré pour la période du 1^{er} juillet 2016 au 30 avril 2017. L'OAI a constaté que durant cette période, l'assuré avait établi son domicile au [...] pour y poursuivre sa scolarité, de sorte que les conditions d'octroi de l'allocation pour impotent n'étaient plus remplies, chiffrant à 33'348 fr. le montant des prestations indûment perçues. L'OAI a maintenu son préavis du 20 novembre 2017 par décision du 24 avril 2018. Le recours déposé par F._____, représenté par son conseil Me Laurent Damond, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, a été déclaré irrecevable, faute d'intérêt direct de ce dernier à l'annulation de la décision litigieuse (CASSO AI 179/18 - 219/2018).

Par projet de décision du 20 décembre 2017, l'OAI a également supprimé avec effet rétroactif la contribution d'assistance versée en faveur de l'assuré pour la période du 1^{er} juillet 2016 au 30 septembre 2017, chiffrant à 42'910 fr. 90 le montant des prestations indûment perçues durant cette période. L'OAI a maintenu son préavis du 20 décembre 2017 par décision du 4 mai 2018. Le recours déposé par l'assuré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt du 13 juillet 2018, faute d'intérêt direct de ce dernier à l'annulation de la décision litigieuse (CASSO AI 190/18 - 220/2018).

L'OAI a établi une décision de restitution en date du 7 mai 2018 portant sur le montant de 42'910 fr. 90, soit le total des contributions d'assistance servies à tort en faveur de l'assuré entre le 1^{er} juillet 2016 et fin août 2017. Saisie d'un recours par Z._____ à l'encontre de cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a rejeté par arrêt du 20 décembre 2018 (CASSO 195/18 - 371/2018).

L'OAI a établi une seconde décision de restitution le 24 mai 2018 portant sur le montant de 33'348 fr. 80, soit le total de l'allocation pour impotent versée à tort en faveur de l'assuré entre le 1^{er} juillet 2016 et fin avril 2017. Saisie d'un recours par Z. _____ à l'encontre de cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a rejeté par arrêt du 20 décembre 2018 (CASSO AI 211/18 - 372/2018).

B. Dans l'intervalle, l'OAI a procédé dès 2017 à la révision de l'allocation d'impotence de degré grave octroyée, compte tenu de la prochaine majorité civile de l'assuré (révision du droit à l'allocation pour impotence - Entrée en âge adulte ; communication du 6 mars 2017). A cet effet, l'OAI a recueilli des informations auprès de la Dresse J._____, pédiatre traitante, qui a répondu le 3 mai 2017 au questionnaire soumis (rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI). A la question "le besoin d'aide est-il sous-évalué?" la Dresse J._____ a répondu comme suit :

"Le besoin d'aide est totalement justifié mais de plus sous-évalué car se sont rajoutés des soins d'escarre avec désinfection et changement de pansement 2x jour.

Le patient n'est pas du tout autonome pour les actes de la vie quotidienne

La nuit la mère doit : - surveillance le masque de VNI [ventilation non invasive] qui parfois se débranche et sonne

- changer position le patient (anti-escarres)

- changer le lit car incontinent selles".

Au point 3 du questionnaire "Brève anamnèse", la Dresse J._____ a fait la synthèse suivante:

"F._____ a besoin de l'aide permanente de sa mère pour les actes de la vie quotidienne, sauf pour manger.

Il doit être surveillé la nuit pour les problèmes évoqués ci-dessus.

Le pronostic s'aggrave car F._____ est moins autonome qu'un temps pour les changements de position car il manque d'équilibre".

Quant à la mère de l'assuré, elle a indiqué, aux termes d'un questionnaire complété le 22 mai 2017, que son fils avait toujours un besoin d'aide régulier et important pour les actes se "vêtir/se dévêtir", "se laver/s'asseoir/se coucher", "soins du corps", "aller aux toilettes" et "se déplacer". Concernant l'alimentation, elle a répondu par la négative s'agissant d'un besoin d'aide pour les quatre actes décrit dans le questionnaire (le repas doit-il être apporté au lit pour des raisons médicales ? ; la nourriture doit-elle être coupée? ; La nourriture doit-elle

être portée à la bouche ? ; Ne pouvez-vous prendre que de la nourriture par sonde ?).

Une enquête au domicile de l'assuré a été mise en œuvre par l'OAI, le 16 août 2017. Dans un rapport daté 23 août 2017, l'enquêtrice a indiqué ce qui suit concernant notamment le besoin d'assistance quotidien de l'assuré (rubrique 4.1):

- sous chiffre 4.1.1, pour les actes "se vêtir, se dévêtir", il est relevé que l'assuré a besoin d'une aide directe à enfiler ou ôter les vêtements du bas du corps. Il n'a pas la possibilité de se pencher en direction de l'avant (chute), les épisodes de spasmes compliquant le bon déroulement de l'acte. Il peut enfiler ou enlever seul un vêtement adapté souple et large mais une aide ponctuelle est signalée les jours de grande faiblesse (périodes de vomissements récurrents).

- sous le chiffre 4.1.2, pour les actes "se lever", "s'asseoir" et "se coucher", il est indiqué que l'assuré a besoin d'une aide directe pour s'asseoir au bord du lit en le saisissant par les membres inférieurs et les épaules. Il faut ensuite le saisir sous les aisselles et lui donner l'impulsion à se lever, faire ensuite pivoter ce dernier en direction de la chaise et assurer la sécurité du transfert. L'aide est également requise pour se lever d'un siège, ceci en lien avec les difficultés de mobilisation des membres inférieurs, la perte de force au niveau des membres supérieurs et le risque de chuter en direction de l'avant. L'assuré nécessite également une aide directe à s'asseoir sur un siège et assurer la sécurité du transfert. Une aide directe est également signalée pour se coucher. Une personne doit monter les membres inférieurs dans le lit et installer l'intéressé en position confortable (coussins pour limiter la pression sur les points d'appuis). La nuit, l'assuré est tourné plusieurs fois afin de limiter la pression sur les points d'appuis en fonction des mouvements de l'assuré.

- sous chiffre 4.1.3 "manger", pour les actes "apporter les aliments au lit", "couper les aliments" et "porter les aliments à la bouche",

l'enquêtrice n'a signalé aucun besoin d'aide. Elle a coché la case "non" à la question "L'assuré ne peut-il manger que des aliments spéciaux ?".

- sous chiffre 4.1.4, "faire sa toilette", pour l'acte "se laver", l'enquêtrice a mentionné un besoin d'aide directe à préparer le matériel et régler la température de l'eau. L'assuré se lave ensuite le visage, le torse et les dents. Une personne doit laver le dos, les membres inférieurs et faire la toilette intime, ceci en raison de difficultés à mobiliser cette partie du corps, la perte de force et de mobilisation des membres supérieurs, le risque que le tronc tombe en direction de l'avant ainsi que la nécessité de sécher les divers points d'appuis (escarres). L'assuré nécessite également une aide directe pour l'acte "se baigner/se doucher", pour entrer et sortir de la baignoire puis une aide comme pour la toilette.

- sous le chiffre 4.1.5 "aller aux toilettes", une aide directe est nécessaire pour les actes "mettre en ordre les habits", "laver le corps/contrôler la propreté" et "aller aux toilettes de manière inhabituelle". Il est précisé que l'assuré effectue des auto-sondages de manière indépendante (6x/j) au niveau du flanc droit. Un besoin d'aide est requis pour effectuer des lavements ou administrer un suppositoire afin de pouvoir évacuer les selles.

- sous le chiffre 4.1.6, pour l'acte "se déplacer dans l'appartement", il est signalé que l'assuré se déplace sur quelques mètres en poussant sa chaise roulante. Une aide directe est requise en cas de nécessité. Il est impossible pour l'intéressé d'utiliser les escaliers en lien avec le cumul de ses limitations. Il est accompagné dans tous ses déplacements extérieurs, en lien avec le cumul des limitations physiques, du risque de chute ainsi qu'en raison des barrières architecturales. Sous la rubrique "entretenir des contacts sociaux", l'enquêtrice a signalé que l'assuré gérait l'écriture courante. C'est cependant sa maman qui se chargeait de la totalité de son administration, de son agenda et des prises de rendez-vous.

Sur cette base, l'enquêtrice a retenu que l'assuré présentait une impotence due à l'invalidité pour les actes se "vêtir/se dévêtir", "se lever/s'asseoir/se coucher", "faire sa toilette", "aller aux toilettes" et "se déplacer/entretenir des contacts sociaux". Elle a en outre arrêté à 13 heures et 10 minutes par semaine le besoin d'accompagnement pour vivre de manière indépendante (accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie), et retenu que l'assuré avait besoin de soins permanents et d'une surveillance personnelle permanente.

Par projet de décision du 17 novembre 2017, l'OAI a réduit l'allocation servie à l'assuré à une impotence de degré moyen avec effet au 1^{er} février 2018. En substance, il a considéré que l'aide de tiers était nécessaire pour cinq actes ordinaires de la vie ("se vêtir/se dévêtir", "se lever/s'asseoir/se coucher", "faire sa toilette", "aller aux toilettes" et "se déplacer/entretenir des contacts sociaux") et que son état de santé requérait également des soins permanents, une surveillance personnelle et un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'assuré était en revanche autonome pour l'acte "manger", de sorte que seules les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence moyenne subsistaient.

Dans un rapport intitulé synthèse - consultation pluridisciplinaire "Spina Bifida" du 15 février 2018, le Dr G._____, médecin auprès de l'Unité de neuropédiatrie et neuroréhabilitation pédiatrique du CHUV a notamment relevé l'absence de changement notable sur le plan moteur depuis la dernière consultation et la conservation par l'assuré de sa mobilité au quotidien en fauteuil roulant. De leur côté, les Drs L._____, et B._____, spécialistes en neurochirurgie au Service de neurochirurgie du CHUV, ont rappelé l'historique des diverses interventions subies et observé ce qui suit:

"Depuis cette dernière intervention, [...] a présenté une progressive amélioration, tant sur le plan clinique que radiologique, n'ayant pas nécessité de reprise chirurgicale. Une dernière IRM cérébrale a été faite en juin 2016.

F._____ nous signale, depuis trois mois des dysesthésies et paresthésies au niveau des MS distalement sur un territoire non systématisé et également la sensation de difficultés de déglutition

aux liquides sans fausse-route. A l'examen clinique on ne retrouve pas de déficit sensitif ou moteur au niveau des MS. A l'examen des nerfs crâniens on ne retrouve pas d'atteinte du nerf mixte. Par contre, on retrouve un nystagmus battant à gauche à prévalence sur le plan horizontale avec une diplopie au regard extrême dans les quatre cadrans. Discrets signes et symptômes latents bulbaires et cervicaux hauts. Il y a une indication à répéter une nouvelle IRM cérébro-cervicale. Nous allons donc organiser cela d'ici une à deux semaines avec, également, une radiographie thoraco-abdominale afin d'évaluer le trajet du drain".

Le 15 mars 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil Me Laurent Damond, a formé opposition au projet de décision du 17 novembre 2017, concluant à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré grave. Il a contesté être autonome pour l'acte « manger », indiquant qu'en raison de ses problèmes d'escarres, il devait manger en étant couché, tous les jours et à tous les repas. Il présentait en outre des problèmes d'équilibre, de sorte que s'il pouvait porter une fourchette à la bouche, il nécessitait de l'aide pour préparer ses repas et s'installer avant le repas. Enfin, il ne pouvait pas manger seul en raison des problèmes de hoquets et de vomissements dont il souffrait, nécessitant d'être nettoyé et changé.

L'OAI s'est déterminé dans un courrier du 5 avril 2018, observant qu'il ne ressortait pas du dossier que l'assuré devait prendre ses repas en position couchée pour des raisons médicales. Le rapport médical du CHUV du 15 février 2018 montrait par ailleurs que l'assuré conservait sa mobilité au quotidien, qu'il se déplaçait en fauteuil roulant manuel et qu'il envisageait en outre d'effectuer une formation professionnelle avec l'aide de l'AI. Mentionnant le rapport initial et final mineur du 20 février 2018, l'OAI a en outre constaté que le besoin d'aide pour manger n'était pas mentionné.

Par décision du 19 avril 2018, l'OAI a maintenu son préavis du 17 novembre 2017, considérant que l'assuré était autonome s'agissant de l'acte « manger », et lui a reconnu le droit à une allocation pour impotent moyenne dès le 1^{er} février 2018.

C. Par acte du 25 mai 2018, F._____, sous la plume de son conseil Me Damond, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 19 avril 2018, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotence de degré grave lui est octroyée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a également conclu à la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu sur le sort du recours déposé le 8 mai 2018 contre la décision du 26 mars 2018 de refus d'assistance juridique administrative. En substance, il conteste la diminution du degré de l'allocation d'impotence, faisant valoir qu'il n'est pas autonome pour l'acte « manger ». Il évoque en particulier ses problèmes d'escarres qui l'obligent à rester allonger durant des périodes de plus en plus fréquentes et des problèmes de hoquet et de vomissement, qui nécessitent d'être changé et nettoyé durant les repas.

Le Tribunal de céans a ouvert une procédure de recours sous le numéro de cause AI 167/18.

Le 19 juin 2018, l'OAI a adressé à l'attention de la Caisse cantonale de compensation AVS un prononcé par lequel il a annulé et remplacé le préavis du 17 novembre 2017, l'invitant à calculer les prestations de l'assuré en tenant compte d'un degré d'impotence grave avec un début du droit fixé dès le 1^{er} jour du mois suivant le 18^{ème} anniversaire de l'assuré, et d'un degré d'impotence moyen avec un début du droit fixé dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision, conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI.

Dans ce contexte, l'OAI, conjointement avec la Caisse cantonale de compensation AVS, a rendu une décision le 25 juin 2018, annulant et remplaçant celle du 19 avril 2018 par laquelle il reconnaît à l'assuré un droit à une allocation pour impotent grave pour les mois de février à juillet 2018. Le 2 juillet 2018, l'OAI a rendu une seconde décision par laquelle il a reconnu à l'assuré le droit à une allocation pour impotent de degré moyen, à compter du 1^{er} août 2018.

A la suite de ces deux décisions rectificatives (reconsidération), l'OAI a fait valoir par courrier du 30 octobre 2018 que le recours du 25 mai 2018 était sans objet puisque la décision du 19 avril 2018 avait été annulée et remplacée par celle du 2 juillet 2018.

Le 22 novembre 2018, Me Damond a réclamé l'octroi de dépens en faveur de l'assuré, à l'appui de la liste de ses opérations produite, ajoutant que le « caractère sans objet du recours invoqué par l'OAI n'était aucunement lié aux démarches effectuées par F._____ ».

L'OAI a répondu par courrier du 10 décembre 2018 que le recours du 25 mai 2018 interjeté par le recourant devrait être retiré, sans quoi il causait des frais inutiles dans la procédure, ce qui justifiait de ne lui accorder aucun dépens.

D. Dans l'intervalle, le 13 août 2018, F._____, sous la plume de son conseil Me Damond, a déféré la décision du 2 juillet 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotence de degré grave lui est octroyée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il fait au surplus valoir les mêmes arguments que ceux déjà évoqués en procédure d'opposition (opposition du 15 mars 2018) et dans le cadre de la procédure AI 167/18. Le Tribunal a ouvert une seconde procédure de recours sous le numéro de cause AI 239/18.

Dans sa réponse du 30 octobre 2018, l'OAI propose le maintien de sa décision du 2 juillet 2018 et le rejet du recours. Selon lui, aucune pièce médicale au dossier n'indique que l'assuré doit prendre ses repas en position couchée pour des raisons médicales. A cet égard, l'OAI observe que selon un rapport du 13 septembre 2018 établi par les médecins traitants du CHUV, l'assuré conserve une fonction assez stable avec une mobilité au quotidien qui se fait en fauteuil roulant manuel, étant précisé qu'il peut tenir la station assise seul. En outre, un fauteuil roulant électrique a été octroyé à l'assuré et doit lui permettre, selon son

ergothérapeute, de se rendre seul à ses rendez-vous après apprentissage. Il ressort ainsi du dossier que l'assuré ne doit pas passer ses journées en étant couché et manger dans cette position, ni qu'il a besoin d'aide pour manger.

Le 3 décembre 2018, l'assuré a produit les documents suivants :

- un rapport du 5 juillet 2018 du Service de médecine interne du CHUV (le recourant produit uniquement les pages 1 et 2, sur 4) qui fait état de l'hospitalisation de l'assuré entre le 26 juin au 5 juillet 2018, en raison d'un sepsis d'origine urinaire. Sous la rubrique "discussion", les éléments suivants sont rapportés :

"M. est hospitalisé initialement aux soins continus de médecine pour un sepsis d'origine urinaire. En raison d'une hypotension à son arrivée, il bénéficie d'un remplissage iv par du NaCl 0.9% avec une bonne réponse hémodynamique. En parallèle, une antibiothérapie de Ceftriaxone iv est introduite. Compte tenu du risque d'ESBL, une dose unique d'Amikacine 750 mg iv est administrée en ordre unique. En présence d'un faible capital veineux, une voie veineuse centrale jugulaire droite est posée sous contrôle échographique le 27.06.2018. L'uricuit montre un E.Coli multisensible. Un relais per os par Ciprofloxacine est débutée le 29.06.2018 avec une évolution initialement favorable. Le 30.06.2018, nous constatons une récurrence d'état fébrile avec apparition d'une tuméfaction de la cuisse gauche chez un patient avec escarre ischiatique de stade 4 et signes inflammatoires associés. Le spectre antibiotique est élargi pour du pipéracilline/tazobactam (toujours en cours actuellement) et clindamycine (3j au total, jusqu'au 03.06.2018 y compris). Un nouveau CT thoraco-abdominal le 02.07.2018 révèle une collection à la partie supérieure du pli fessier. Un PET-CT le 03.07.2018 infirme une atteinte du matériel d'ostéosynthèse mais montre une extension de l'abcès musculaire en distalité dans la cuisse gauche. Une ponction de la hanche gauche le 04.07.2018 exclut une arthrite associée. Une prise en charge chirurgicale avec drainage et débridement de la collection et de l'escarre est prévue le 05.07.2018. Dans ce contexte, Mr est transféré dans le Service de chirurgie septique le 05.07.2018".

- un rapport du 15 novembre 2018 établi par le Service des Urgences du CHUV, à la suite de l'hospitalisation de l'assuré le 14 novembre 2018 en raison d'une infection cutanée

persistante au niveau du fessier gauche. Il est fait état de la situation suivante:

"Problèmes et attitude (à l'entrée)

1/Récidive d'escarre ischio-fessière gauche chez un patient en chaise roulante dans le cadre d'une spina bifida. Pas des signes locaux en faveur d'une surinfection au niveau de l'escarre.

2/Urines positives chez un patient qui fait des auto-sondages 5x/jour. Pas de plaintes urinaires actuellement. Pas de traitement instauré, mais à reconstrôler via la consultation de son MT.

(...)

Avis chirurgie plastique: RAD avec RDV en chirurgie septique: téléphoner demain au [...] pour voir si possibilité d'avancer le RDV. Pas d'ATB à administrer pour le moment, vu l'absence de signes locaux en faveur d'une surinfection. Eviter de rester assis trop longtemps. Décubitus latéral et/ou dorsal. Pansement local absorbant.

AF [A faire]:

Pas d'ATB à administrer, selon l'avis de chirurgien plasticien.

Pansement absorbant et éviter de rester trop longtemps assis. Favoriser le décubitus latérale/ou dorsal

A revoir en consultation de chirurgie septique (RDV prévu le 29.11):

Rappeler demain au 42884 pour avancer le RDV

A revoir en salle d'urgence di DEG".

- un rapport de la Dresse J._____ du 29 novembre 2018, selon laquelle la situation de l'assuré s'est péjorée avec une hospitalisation du 26 juin 2018 au 21 août 2018 en raison d'un sepsis urinaire, puis d'une escarre ischiatique de stade 4 compliquée par un abcès sacré et musculaire de la cuisse gauche avec surinfection cutanée. L'escarre avait été opérée en juillet 2018 mais n'avait jamais complètement guéri. Selon la Dresse J._____, il était indispensable pour la guérison de cette escarre que l'assuré passe le plus d'heures possibles en position couchée, et ceci également pour les repas.

Le 7 janvier 2019, l'OAI a constaté que la péjoration de l'état de santé de l'assuré en lien avec son récent séjour aux urgences du CHUV pour récurrence d'une escarre ischio-fessière n'était que temporaire. Si l'état devait durer plus de trois mois à partir du 15 novembre 2018, il se justifierait alors d'examiner les effets de l'aggravation sur l'acte "manger".

Le 18 janvier 2019, le recourant a indiqué que ses problèmes d'escarres duraient depuis plus de trois mois. Il s'agissait "de retenir la date du début des problèmes liés à l'esquarre dont il était question".

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).

En l'occurrence, le recours du 25 mai 2018 déposé à l'encontre de la décision du 19 avril 2018, ainsi que celui daté du 13 août 2018 déposé à l'encontre de la décision du 2 juillet 2018, interjetés en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires (38 al. 4 LPGA), 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), sont recevables à la forme.

b) Selon l'art. 53 al. 3 LPGA, un assureur peut reconsidérer une décision contre laquelle un recours a été formé, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (en l'espèce, décision litispendante du 2 juillet 2018). L'autorité de recours doit continuer à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision de l'assureur social ne l'a pas rendu sans objet (art. 58 al. 3 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]), auquel cas elle radie la cause du rôle et statue sur les frais et dépens en tenant compte de l'intervention des deux parties. En d'autres termes, le litige subsiste si la nouvelle décision ne correspond pas aux conclusions de la partie recourante. L'autorité saisie doit entrer en matière sur le recours dans la mesure où

l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que ce dernier soit obligé d'attaquer la nouvelle décision (Margit Moser-Szeless, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n^{os} 106 ad art. 53 LPGA).

c) En l'espèce, suite au recours du 25 mai 2018 et avant de déposer sa propre réponse, la partie intimée a rendu, le 2 juillet 2018, une nouvelle décision. Cette décision modifie uniquement la date à partir de laquelle l'allocation pour impotent de degré moyen est octroyée. La décision de diminuer l'allocation pour impotent de degré grave reconnue à l'assuré par décision du 5 novembre 2007 à une allocation pour impotent de degré moyen reste en revanche inchangée. La décision de reconsidération du 2 juillet 2018, bien que modifiée à l'avantage du recourant, ne fait ainsi pas droit à ses conclusions, soit principalement le maintien d'une allocation pour impotence grave, respectivement l'annulation de la décision entreprise pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sans qu'il ne soit soulevé l'erreur découlant d'une mauvaise application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI.

Ainsi, le litige subsiste, la nouvelle décision ne réglant pas toutes les questions à la satisfaction du recourant. Le tribunal de céans doit donc entrer en matière sur le recours déposé le 25 mai 2018. Dans la mesure où Me Damond a tout de même procédé à l'encontre de la décision de reconsidération, il se justifie de joindre les deux causes (AI 167/18 et AI 239/18), qui se rapportent aux mêmes complexes de fait et portent sur des questions juridiques communes (cf. art. 24 al. 1 LPA-VD).

2. Est litigieuse en l'espèce la réduction, par voie de révision, de l'allocation pour impotent de degré grave allouée à l'assuré par décision du 5 novembre 2007, à une allocation pour impotent de degré moyen. Il s'agira singulièrement de déterminer si le recourant a besoin d'aide pour l'acte "manger".

La requête de suspension des causes AI 167/18 et AI 239/18 est devenue sans objet au vu de l'arrêt notifié ce même jour dans la cause AI 150/18 - 209/2019

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

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

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

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

vie et, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

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

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

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

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

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI).

Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

d) On ajoutera que, 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 (ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et les références citées).

4. a) Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations, avec une appréciation des preuves et une constatation des faits pertinents – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

b) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si l'impotence s'améliore ou si le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

c) Si l'impotence ou le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

5. a) En l'espèce, le point de départ de l'examen d'un changement des circonstances déterminantes propres à influencer le droit à la prestation en cause est la décision du 5 novembre 2007, par laquelle l'OAI reconnaissait à l'assuré, alors mineur, une allocation pour impotence de degré grave puisqu'il nécessitait un besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie. Il s'agit donc de déterminer si le besoin d'aide s'est modifié depuis cette date, en particulier si l'assuré nécessite toujours, ainsi qu'il l'allègue, une aide pour l'acte "manger", besoin que l'intimé n'a pas reconnu en se fondant principalement sur le rapport d'enquête à domicile du 23 août 2017.

b) 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 participants. 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).

Dans le cas d'espèce, aucun constat d'erreurs manifestes ne saurait s'imposer, le rapport d'enquête 23 août 2017 remplissant les requis juridiques en matière de force probante. On relèvera d'ailleurs à cet égard que le recourant n'a pas critiqué la retranscription de ses déclarations par l'enquêtrice. Il constitue dès lors une base fiable de décision.

6. a) Le recourant allègue avoir besoin d'aide pour l'acte "manger".

S'agissant de cet acte, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas se nourrir avec des aliments préparés normalement sans l'aide d'autrui (TF 8C_728/2010). Un régime alimentaire (par ex. dans le cas de diabétiques) ne justifie pas un cas d'impotence. En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul mais ne peut pas couper ses aliments lui-même, lorsqu'il ne peut manger que des aliments réduits en purée ou encore lorsqu'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts (ATF 121 V 88 ; chiffre 8081 CIIAI). Il y a également impotence lorsqu'il s'avère nécessaire d'apporter un des repas principaux au lit en raison de l'état de santé - objectivement considéré - de l'assuré (TF 9C_346/2010).

En l'occurrence, l'assuré fait valoir, au stade du projet de décision du 17 novembre 2017, qu'il n'est pas autonome s'agissant de l'acte "manger", indiquant en particulier qu'en raison de ses problèmes d'escarres, il doit manger en étant couché, tous les jours et pour tous les repas. Il allègue par ailleurs un problème d'équilibre qui l'empêche de préparer ses repas et de s'installer seul pour prendre son repas. Enfin, il ne peut pas manger seul en raison de son hoquet et des vomissements dont il souffre, et qui impliquent qu'il soit nettoyé et changé pendant le repas.

On précisera d'emblée que les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TFA H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b, in RCC 1983 p. 71 ; TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.4 ; 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). A cet égard, la nécessité qu'évoque le recourant de se faire accompagner pour se rendre à table ou quitter la table ou d'être aidé pour y prendre place ou se lever n'est pas significative puisqu'elle est déjà prise en considération dans les

actes ordinaires de la vie correspondants ("se lever, s'asseoir, se coucher" et "se déplacer"). Par ailleurs, la toilette nécessaire dans le cadre des repas est déjà prise en compte dans l'acte "faire sa toilette". Il est par ailleurs tenu compte du besoin d'aide pour la préparation et le service des repas dans l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (art. 38 RAI).

b) Les pièces figurant au dossier à la date de la décision litigieuse ne plaident pas en faveur d'un besoin d'aide pour s'alimenter. A cet égard, il ressort du questionnaire de révision de l'allocation pour impotent AI complété le 13 mars 2017 par la mère de l'assuré, que le besoin d'aide pour l'acte manger n'a pas été coché. Dans le cadre de l'enquête impotence du 23 août 2017, l'assuré n'a pas non plus signalé un besoin d'aide en lien avec l'acte "manger". En effet, selon les constatations de l'enquêtrice relatives à l'alimentation, il a été répondu par la négative aux quatre questions en lien avec cet acte (1. apporter les aliments au lit ; 2. couper les aliments ; 3. porter les aliments à la bouche ; 4. L'assuré ne peut-il manger que des aliments spéciaux ?), ce qu'elle a encore confirmé au point 6 de l'enquête relative à la synthèse des besoins constatés au cours de l'enquête. On mentionnera également le rapport de la Dresse J. _____ qui a indiqué le 3 mai 2017 que l'assuré avait besoin de l'aide permanente de sa mère pour les actes de la vie quotidienne, "sauf pour manger".

Ce n'est qu'au stade du projet de décision, communiqué en novembre 2017 à l'assuré, que l'absence d'aide pour manger a été remise en question. Le recourant a invoqué en particulier des problèmes d'escarre qui l'obligent à maintenir la position couchée, même pour le temps de ses repas. On notera à cet égard que les problèmes d'escarre dont souffre le recourant depuis de nombreuses années n'avaient jusqu'alors pas été évoqués en lien avec l'acte "manger". Compte tenu de la jurisprudence relative à la crédibilité des premières déclarations, ce sont les réponses aux questionnaires qui doivent être retenues (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 et les références ; RAMA 2004 n° U515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). Au demeurant, il ne résulte pas des pièces médicales

au dossier, y compris celles postérieures à la décision litigieuse dont il peut être tenu compte en l'occurrence (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/17 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées), que la position assise est exclue, respectivement impossible à tenir le temps d'un repas, en raison des plaies que l'assuré présente au niveau des fessiers et des cuisses ou d'autres limitations résultant de la pathologie congénitale. Il peut être mentionné à cet égard les rapports des 15 février et 13 septembre 2018 établis par le Dr G._____, selon lequel l'assuré conserve, sur le plan moteur, sa mobilité au quotidien en fauteuil roulant manuel. Il a encore précisé, dans le rapport du 13 septembre 2018, que l'assuré peut maintenir la position assise seul. On peut par ailleurs comprendre du rapport d'examen d'orientation professionnelle établi par l'OAI le 22 mai 2018, que la position assise a pu être maintenue un certain temps avant que l'assuré ne présente des douleurs dorsales et au niveau des escarres. On en déduit par conséquent que la position assise peut être maintenue pour la prise des repas. Par ailleurs, il ressort du rapport du 15 février 2018 que le recourant a mentionné des difficultés de déglutition aux liquides. Il a précisé qu'il s'agissait d'une sensation. Il ne s'agit donc pas d'une difficulté objective et l'absence de fausse route est clairement relevé.

En juin 2018, la situation de l'assuré a certes évolué dans la mesure où l'escarre ischiatique de stade IV qu'il présente de longue date s'est compliqué d'un abcès sacré et musculaire de la cuisse gauche avec une surinfection cutanée. Il a bénéficié d'une intervention de débridement le 19 juillet 2018, qui s'est déroulée sans complication. L'évolution locale a été favorable, et l'assuré a pu être mobilisé de façon progressive avec position assise dès le 9 août 2018 (rapport du 4 septembre 2018 établi par le Dr [...], spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique). Le 13 septembre 2018, le Dr G._____, qui recevait l'assuré lors d'une consultation de transition neuroréhabilitation pédiatrique et neuroréhabilitation adulte, a constaté que les cicatrices au niveau de l'ischion étaient sans particularités. Ainsi, l'aggravation de l'état de santé du recourant, qui l'a contraint de garder la position couchée depuis son opération, était temporaire, puisqu'elle n'a duré que le temps de son

hospitalisation, soit du 19 juillet au 9 août 2018. Il ne saurait par conséquent en déduire une modification de son droit pour cette période (art. 88a RAI). La récurrence d'escarre ischio-fessière constatée le 14 novembre 2018 après consultation aux urgences du CHUV est postérieure à la décision litigieuse. Quoi qu'il en soit, il ne résulte pas du rapport du 15 novembre 2018 établi à la suite de la consultation aux urgences que la position assise est proscrite, puisqu'il a seulement été préconisé d'"éviter de rester assis trop longtemps". Le rapport de la Dresse J. _____ du 29 novembre 2018, selon laquelle l'assuré doit passer le plus d'heures possibles en position couchée, et ceci également pour les repas, bien que sommaire et imprécis quant à la date à partir de laquelle le lit strict est prescrit, pourrait étayer une éventuelle demande de révision future si l'aggravation de son état de santé devait persister.

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a constaté que l'assuré était autonome pour s'alimenter, du moins au moment où il a rendu sa décision du 2 juillet 2018. Il se justifiait par conséquent de réduire l'allocation pour impotence grave allouée jusque alors à une allocation pour impotence moyenne, dans la mesure où le recourant présente un besoin d'aide pour cinq actes ordinaires de la vie.

7. Selon l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI.

En l'occurrence, l'OAI a rendu une première décision relative à la révision de l'allocation pour impotent le 19 avril 2018, reconnaissant à l'assuré le droit à une allocation pour impotence de degré moyen dès le 1^{er} février 2018. Le 2 juillet 2018, l'OAI a reconsidéré cette décision, reconnaissant un droit à une allocation pour impotent de degré moyen à compter du 1^{er} août 2018. Cette décision, datée du 2 juillet 2018, ne peut

néanmoins prendre effet que dès le 1^{er} septembre 2018, soit le premier jour du deuxième mois suivant sa notification (art. 88^{bis} al. 2 RAI). Il s'agira par conséquent de modifier la décision entreprise sur ce point.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme de l'audition du recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En conclusion, les recours des 25 mai et 13 août 2018 doivent être très partiellement admis, en ce sens que l'allocation pour impotent de degré moyen est octroyée à partir du 1^{er} septembre 2018. Ils sont rejetés pour le surplus.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). L'art. 61 let. g LPGA prévoit que le recourant, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant devant être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Selon l'art. 69 al. 1^{bis} deuxième phrase LAI, le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs.]

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 200 fr. à la charge de l'office intimé et par 200 fr. à la charge du recourant qui n'obtient que partiellement gain de cause. Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code

fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).]

Par ailleurs, assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'espèce, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a [et b] RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'occurrence, Me Damond a produit deux listes des opérations, l'une datée du 22 octobre 2018 relative à la cause AI 167/18 et l'autre datée du 3 avril 2019 relative à la cause du AI 239/18, faisant état respectivement de 6,26 heures et de 7,50 heures consacrées à la défense du recourant, ainsi que 87 fr. 20 de débours. Il convient de retrancher de la liste des opérations du 3 avril 2019 le temps consacré à la rédaction du recours, soit 2,30 heures, dès lors qu'il est quasiment identique à celui du 25 mai 2018. En définitive, l'indemnité d'office de Me Damond s'élève à 2'064 fr. pour ses honoraires (11 heures et 28 minutes x 180), plus 103 fr. 20 pour les débours (5% x 2'064 fr. ; cf. art. 3bis al. 1 RAJ) et 166 fr. 85 de TVA au taux de 7.7 %, soit une indemnité totale de 2'334 fr. 05.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1'334 fr. 05 fr. (2'334 fr. 05 - 1'000 fr.), sera provisoirement supporté par le canton. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Les causes AI 167/18 et AI 239/18 sont jointes.
- II. Les recours des 25 mai et 13 août 2018 sont partiellement admis.
- III. Les décisions rendues le 19 avril 2018 et le 2 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont reformées en ce sens que l'allocation pour impotent de degré moyen est octroyée à partir du 1^{er} septembre 2018. Elles sont confirmées pour le surplus.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et sont par 200 fr. (deux cents francs) laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- VI. L'indemnité d'office de Me Laurent Damond, conseil de F._____, est fixée à 1'334 fr. (mille trois cent trente-quatre

francs et cinq centimes), après déduction des dépens précités, débours et TVA compris.

VII. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Laurent Damond, pour F. _____,
- 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 :