

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
 Mme Pasche et M. Tinguely, juges
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

F._____, à B***, recourant,

et

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

Art. 9 et 61 let. c LPGA ; art. 42 al. 1 à 3 LAI ; art. 37 RAI

En fait :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, célibataire sans enfant, au bénéfice d'un CFC technique et d'un diplôme d'ingénieur ETS, a travaillé, dès 2001, comme ingénieur informaticien à 100 % pour le compte de la société D._____, à K***.

B. Le 11 août 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée), en faisant état d'une incapacité de travail totale dès le 13 mars 2020, en raison d'atteintes liées au Covid-19, spécifiquement des « problèmes de thorax/poumons ».

Dans un rapport du 2 novembre 2020 adressé au médecin-conseil de l'assureur perte de gain de l'employeur, G._____, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a fait état du diagnostic de status post infection au SARS-CoV-2 en mars 2020, avec déconditionnement physique et fatigabilité, oppression/douleurs thoraciques en partie déclenchées par l'élocution, d'origine inconnue, probable syndrome de Tietze d'origine post-infectieuse probable (diagnostic différentiel : mécanique par utilisation de béquille unilatérale) et de probable péricardite persistante d'origine post-infectieuse.

Une expertise de l'assuré a été mise en œuvre pour le compte de l'assureur perte de gain de son employeur, G._____. Dans son rapport du 16 février 2021, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique et difficultés respiratoires d'origine inconnue et de gonalgies bilatérales de diagnostic non précisé. Il évaluait la capacité de travail actuelle à 20 %, à augmenter progressivement dans les mois suivants, alors qu'elle devrait être entière dès le 1^{er} mai 2020 [recte : 2021]. L'expert rapportait des sensations d'étouffement douloureux, déclenchées après 30 mètres de marche ou par l'élocution, ou encore par la rotation du thorax, qui n'étaient pas comprises malgré de nombreux bilans médicaux, de même que la persistance d'une fatigue non explicitée. Il relevait également – malgré le

manque de recul sur les formes prolongées de l'infection au SARS-CoV-2 – un hiatus entre l'importance du syndrome douloureux annoncé et la quasi-absence de lésion constatée objectivement. Il concluait qu'en l'absence d'une documentation avérée de lésions organiques, il n'était pas possible de définir des limitations fonctionnelles et de valider l'incapacité de travail.

Dans un avis médical du 15 décembre 2021, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), constatant la présence de douleurs thoraciques atypiques consécutives à une infection au Covid en mars 2020, sans substrat organique permettant d'expliquer les plaintes de l'assuré et pour lesquelles les traitements mis en place demeuraient inefficaces, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans une lettre de sortie du 31 mars 2022 relative à un séjour au CHUV du 25 février au 22 mars 2022, les Drs Z._____, M._____ et N._____, spécialistes en médecine interne générale, ont fait état du diagnostic principal de douleurs sternales chroniques multi-investiguées sur troubles somatoformes, avec acutisation des douleurs depuis janvier 2022 à la suite d'une manipulation thoracique, et mutisme, en mentionnant également, à titre de diagnostics secondaires et comorbidités, des difficultés de l'adaptation, des difficultés liées à l'emploi et au chômage ainsi qu'une accentuation des traits de personnalité. Les médecins ont exposé qu'à la suite d'une manipulation au niveau du thorax par un médecin en date du 24 janvier 2022, l'assuré avait présenté une acutisation de ses douleurs sternales chroniques, sans accalmie au repos et péjoration au fil des jours. Sur recommandation de sa pneumologue traitante, l'assuré avait bénéficié d'une hospitalisation à l'A._____ du 21 au 25 février 2022 pour un traitement d'antalgie, ensuite de quoi le patient avait été transféré au CHUV, en décrivant à son arrivée des douleurs sternales à 6/10 d'EVA au repos. L'examen physique était toutefois sans particularité, avec notamment l'absence d'anomalie cutanée/ostéo-articulaire visible au niveau thoracique, ainsi qu'un examen cardio-pulmonaire normal et des paramètres vitaux alignés. Les médecins du CHUV ne retenaient, à l'instar de leurs confrères de l'A._____, pas d'indication à de plus amples

investigations, notamment radiologiques, et initiaient une prise en charge pluridisciplinaire de la gestion de la douleur.

Le 7 décembre 2022, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire a été confiée à E._____.

Dans leur rapport du 25 avril 2023, les Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, AO._____, spécialiste en rhumatologie, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont fait état des diagnostics de douleurs sternales chroniques sévères post-Covid (avec un diagnostic différentiel de Covid long avec infection aiguë probable en mars 2020 [RA02] ou de syndrome de détresse corporelle sévère [6C20.2]), de traits de la personnalité anankastique (6D11.4), de status après embolie pulmonaire sous-segmentaire latéro-basale inférieure gauche en avril 2022 (BB00.Z), ainsi que de gonalgies bilatérales chroniques (M255). Les experts constataient que l'évolution défavorable des symptômes depuis l'infection au Covid en mars 2020, en particulier des douleurs sternales, encore aggravées dès janvier 2022 à la suite d'une manipulation, avait conduit l'assuré à un état de dépendance extrême vis-à-vis de son entourage et des soignants. Pour les experts, l'incapacité de travail était totale dans toute activité, à tout le moins dès janvier 2022, ainsi que vraisemblablement dès février-mars 2020 en raison de la succession d'investigations et hospitalisations durant cette période.

Dans un avis médical du 2 juin 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts d'E._____, en faisant l'appréciation suivante :

« Depuis la demande d'expertise fin 2021 et la réalisation de celle-ci début 2023, il y eut une péjoration massive de l'état de santé (suite à une manipulation par un thérapeute), limitant l'assuré de manière uniforme et extrême dans tous les domaines du quotidien. La description de la journée type en p.16, ainsi que la liste des soins délivrés par le CMS en Ged du 24.06.22, démontrent bien l'inactivité complète de l'assuré, ce dernier restant au lit la majeure partie du temps et étant dépendant pour les soins, l'habillement, les repas et les déplacements, n'ayant aucun loisir ni contacts hormis avec son réseau de soins. Il est compréhensible que le diagnostic ne puisse être posé de manière définitive au vu du peu de recul concernant les manifestations tardives du Covid, néanmoins plus que le diagnostic ce sont l'ampleur des répercussions fonctionnelles qui permet de confirmer qu'aucune CT [capacité de travail] n'est présente et il y a peu de chance d'une évolution positive au vu de l'échec des

traitements et suivis en place jusqu'à ce jour. De plus l'assuré présente des traits de personnalité anankastique qui, bien que n'ayant pas impacté son parcours professionnel, ont probablement joué un rôle dans le vécu de son problème de santé. Il est relevé à plusieurs reprises sa difficulté à accepter une possible étiologie psychiatrique et les nombreux courriers adressés à l'AI depuis le dépôt de la demande soutiennent ce besoin de légitimité. Nous n'avons pas d'arguments pour nous écarter des conclusions de cette expertise qui est cohérente et convaincante. »

Par décision du 18 août 2023 confirmant un projet du 7 juin 2023, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2021, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Non contestée, cette décision est entrée en force.

C. Dans l'intervalle, le 20 décembre 2022, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, faisant état d'un besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie depuis février 2022, excepté « se lever/s'asseoir/se coucher », ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et de soins permanents.

L'assuré s'est vu octroyer la prise en charge par l'OAI de plusieurs moyens auxiliaires, dont une planche de bain, une chaise percée, un lit électrique, un fauteuil électrique pour l'intérieur, ainsi que l'installation d'une barre d'appui, d'une main courante et la suppression des seuils dans son appartement (cf. communications des 4 janvier, 9 mai, 7 juillet, 28 août, 7 septembre et 25 octobre 2023).

Une évaluation de l'impotence à domicile a eu lieu en date du 11 décembre 2023, en présence de l'assuré ainsi que de sa physiothérapeute, R._____. Dans son rapport du 12 décembre 2023, l'évaluatrice a retenu un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ainsi que d'une aide régulière et importante pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne, hormis pour l'acte « se lever, s'asseoir et se coucher », observant que malgré ses douleurs et ses limitations fonctionnelles, le recourant demeurerait autonome dans les transferts.

Par courrier du 12 décembre 2023, l'assuré a transmis à l'évaluatrice divers articles et documents concernant le Covid long. Il a par ailleurs indiqué qu'il était limité dans ses transferts, en ce sens qu'il était capable d'en faire 7 à 10 au maximum dans la journée, mais que, au-delà, il n'était plus capable d'en faire en raison de l'exacerbation des symptômes après l'effort, en soulignant également qu'il arrivait fréquemment qu'il ne parvienne à réaliser aucun transfert en raison des douleurs.

Dans une communication interne du 14 décembre 2023, l'évaluatrice a indiqué avoir pris note des nouvelles pièces portées au dossier et que les informations contenues n'étaient pas sujettes à modifier les conclusions de son rapport. Elle relevait que les difficultés rapportées par l'assuré ne correspondaient pas à une aide apportée suffisamment intense ni régulière, alors que l'évaluation réalisée à son domicile avait permis d'établir que l'assuré était en mesure d'effectuer ses transferts de lui-même. L'évaluatrice notait encore que la présence sous forme de surveillance, l'installation des moyens auxiliaires à proximité de l'assuré afin qu'il puisse effectuer les transferts ainsi que l'aide nécessaire rapportée dans les nouvelles pièces au dossier étaient à prendre en compte au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, déjà retenu.

Par projet de décision du 14 décembre 2023, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une allocation pour impotent de degré moyen à domicile, dès le 1^{er} février 2023. Se référant à l'évaluation réalisée le 11 décembre 2023, il constatait que l'assuré nécessitait, depuis février 2022, l'aide régulière et importante d'un tiers pour exécuter les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir », « manger », « faire sa toilette/soins du corps », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ainsi qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par courrier du 28 décembre 2023, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 14 décembre précédent, en concluant à ce que son impotence soit reconnue comme grave et non seulement de degré moyen. Il a en substance soutenu que son handicap

devait être considéré comme étant plus grave que n'importe quel autre, en comparant sa situation à celle d'une personne tétraplégique. Il s'est également prévalu des coûts engendrés par son handicap.

Par décision du 20 février 2024, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 14 décembre 2023.

D. Par acte du 15 mars 2024, F._____ a interjeté recours contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme, en ce sens qu'une allocation pour impotence grave lui était accordée en lieu et place d'une allocation pour impotent de degré moyen. Il a en substance réitéré les arguments avancés à l'appui de ses objections devant l'OAI, en se prévalant par ailleurs de l'avis de sa physiothérapeute, R._____, également annexé. A l'appui de son recours, il produit notamment les pièces suivantes :

- des factures de soins à domicile établis par P._____ ;
- un document intitulé « Transport des personnes à mobilité réduite : Fiche Client » destiné à BF._____ et valable pour la période du 11 avril 2023 au 10 avril 2024 ;
- un rapport du 15 juin 2023 du Prof. T._____, spécialiste en médecine interne générale, faisant état du diagnostic principal d'affection post covid (COVID long ; RA 02) avec infection aiguë probable au printemps 2020 et fatigue, essoufflement, dysphonie, douleurs thoraciques d'origine indéterminée. Après avoir résumé les éléments de sa prise en charge débutée en juin 2021, il a indiqué ne pas avoir noté d'amélioration chez son patient qu'il avait revu le 2 juin 2023, pour lequel il préconisait un suivi spécialisé en antalgie ;
- un rapport intermédiaire de physiothérapie du 10 novembre 2023 de la physiothérapeute R._____, décrivant le traitement par « *Pacing* » dispensé à l'assuré depuis avril 2023, tendant notamment à une bonne gestion de la fréquence cardiaque et de la douleur afin d'éviter l'exacerbation des symptômes après l'effort ;
- un document non daté de la physiothérapeute R._____, intitulé « Recours requalification de degré de l'API : argumentation », relevant que

malgré un travail volontaire de la part de l'assuré, son indépendance dans les activités de la vie quotidienne restait très limitée, ce qui justifiait selon elle une « revalorisation » du degré de l'allocation pour impotent. Elle soulignait à cet égard que, si l'intéressé pouvait se lever, il ne pouvait se déplacer sans aide technique et que, selon l'état de fatigue du jour, il ne pouvait pas marcher du tout, alors qu'un déplacement de 3 mètres aller et retour avec un rollator lui prenait 30 minutes. En outre, il n'était pas capable d'utiliser ses membres supérieurs pour porter ou déplacer des objets, de s'habiller, de se laver entièrement, de se préparer à manger et même parfois de manger. Elle rappelait encore qu'il ne pouvait pas sortir à l'extérieur seul et que la communication lui était également très difficile en raison de son mutisme ;

- une liste des traitements prescrits par son médecin traitant, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, daté du 12 février 2024.

Dans sa réponse du 30 avril 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en se référant au rapport d'évaluation de l'impotence du 12 décembre 2023, lequel remplissait les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une force probante, et dont il ressortait, s'agissant de l'acte « se lever », que le recourant demeurait autonome dans les transferts à son domicile.

En réplique, le 27 mai 2024, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a exposé que malgré le fait qu'il pouvait parfois se lever sans aide, il ne pouvait pas tenir longtemps debout, ce qui l'empêchait régulièrement de commencer l'exercice physiothérapeutique de marche à l'aide du rollator, en raison de l'exacerbation des douleurs, ce qui le contraignait à rapidement se recoucher. Il contestait dès lors être capable de l'acte « se lever » au motif qu'il ne pouvait rester debout. Le recourant a par ailleurs requis l'audition de témoins, en formulant plusieurs séries de questions à soumettre à sa physiothérapeute, R._____, à l'infirmière référente au sein de P._____, Y._____, ainsi qu'au Prof. T._____, chargé de son suivi du Covid long. Il a également produit notamment les pièces suivantes :

- une attestation médicale du 27 mai 2022 du Dr Z._____ ;
- un rapport du 24 août 2022 de la Dre BB._____, spécialiste en médecine interne générale ;
- un document établi par l'assuré, non daté, intitulé « C-19 YRS spider chart F._____ 2023-04 » ;
- un rapport du 8 septembre 2023 du Dr BC._____, spécialiste en anesthésiologie, évoquant les traitements d'antalgie proposés et discutés avec son patient ;
- un document établi par l'assuré, daté du 23 janvier 2024, intitulé « Historique des crash PESE et dégradations de F._____ » ;
- un formulaire intitulé « Formulaire d'évaluation pour le transport des personnes à mobilité réduite » signé le 25 mars 2024 par l'assuré ;
- un document non daté, intitulé « protocole de prise en charge de M. F._____ » établi par BF._____.

Dupliquant le 24 juin 2024, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

Le 29 juin 2024, le recourant a indiqué que sa physiothérapeute, R._____, quitterait prochainement la Suisse.

Par écrit du 23 juillet 2024, faisant suite à une lettre de la juge instructrice lui accordant un délai au 30 août 2024 pour produire tout rapport médical complémentaire utile, le recourant a maintenu ses conclusions, requérant par ailleurs qu'une série de questions soit soumise au Dr AE._____, spécialiste en anesthésiologie. Il a en outre produit notamment les pièces suivantes :

- un rapport de traitement en physiothérapie du 17 mai 2021, établi par AI._____ ;
- des attestations de prise en charge délivrées les 22 juin et 18 novembre 2022 par P._____ ;
- une attestation médicale du 28 juillet 2022 du Dr Z._____ ;
- un document daté du 12 juin 2024, intitulé « Réseau M. F._____ ».

Par pli du 15 août 2024, l'OAI a maintenu sa position.

Le 9 septembre 2024, le recourant a maintenu ses conclusions tendant à la reconnaissance d'un degré d'impotence grave. Il a joint une page de son dossier patient du CHUV.

Par écrit du 1^{er} octobre 2024, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

Dans de nouvelles déterminations des 21 octobre et 4 novembre 2024, le recourant a réitéré sa position, en expliquant en substance, s'agissant de l'acte « se lever », que bien qu'il lui était effectivement possible de se lever une ou deux fois, il n'était ensuite plus du tout en mesure de le refaire, ses douleurs devenant trop importantes.

Le 25 novembre 2024, l'OAI a maintenu sa position.

En date du 30 novembre 2024, le recourant a déclaré n'avoir rien de plus à ajouter.

En droit :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres

conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a le droit à une allocation pour impotence grave au sens de l'art. 37 al. 1 RAI, et non seulement à une allocation pour impotent de degré moyen.

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.

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 la santé, a durablement besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a besoin que d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (al. 3).

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

4. 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 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).

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) ; ou
- 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) ;
- d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

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

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou

- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

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

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

b) 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). Si une personne assurée ne peut accomplir un acte ordinaire de la vie que d'une manière inhabituelle ou au prix d'un effort déraisonnable, on ne peut pas encore en déduire directement qu'elle a besoin d'aide et donc qu'elle est impotente au sens de l'art. 9 LPGa. Il est bien plutôt nécessaire que la personne assurée puisse accomplir l'acte de la vie en question avec l'aide d'un tiers d'une manière qui, par rapport à l'exercice autonome, corresponde aux usages habituels, respectivement implique moins d'efforts (ATF 150 V 83 consid. 4.3.2). Il n'y a pas d'impotence lorsque l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé (TF 9C_283/2021 du 7 mars 2022 consid. 5.2.1 et la référence citée).

c) Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou

trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI).

d) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450 ; ch. 2015 et 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss *ad* art. 42 LAI, p. 605 et les références citées).

6. a) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf. Michel Valterio, *op.cit.*, n° 7 *ad* art. 42 LAI, p. 597 et 598).

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 ; TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; TF 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) 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 toutefois 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).

8. En l'espèce, l'OAI, se fondant sur le rapport d'évaluation à domicile du 12 décembre 2023, a reconnu au recourant le droit à une allocation pour impotent de degré moyen, au motif qu'il présentait un besoin d'aide important et régulier pour cinq actes ordinaires de la vie ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. De son côté, le recourant estime que sa situation et son handicap justifient de lui reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré grave.

a) Il convient tout d'abord d'observer que par décision du 18 août 2023 entrée en force, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité, correspondant à un degré d'invalidité de 100 %. L'OAI avait fondé sa décision notamment sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 25 avril 2023 par les Drs P._____, AO._____ et Q._____ pour le compte d'E._____, lesquels avaient retenu les diagnostics de douleurs sternales chroniques sévères post-Covid (avec un diagnostic différentiel de Covid long avec infection aiguë probable en mars 2020 [RA02] ou de syndrome de détresse corporelle sévère [6C20.2]), de traits de la personnalité anankastique (6D11.4), de status après embolie pulmonaire sous-segmentaire latéro-basale inférieure gauche en avril 2022 (BB00.Z), ainsi que de gonalgies bilatérales chroniques (M255), et considéré

que le recourant ne disposait plus d'aucune capacité de travail en raison de ses limitations fonctionnelles sévères le rendant pratiquement totalement dépendant des soignants. Le SMR avait fait siennes les conclusions de l'expertise et défini les limitations fonctionnelles suivantes : « alitement 24h/24, dépendance du CMS pour toutes les activités de la vie quotidienne » (cf. avis médical SMR du 2 juin 2023).

b) L'OAI a par ailleurs mis en œuvre une enquête ménagère, réalisée au domicile du recourant le 11 décembre 2023, en vue de déterminer son impotence. Ce rapport, daté du 12 décembre 2023 et élaboré par une personne qualifiée, constitue *a priori* un document exhaustif sur les points pertinents. L'évaluatrice s'est en effet rendue au domicile du recourant, si bien qu'elle a pris connaissance de la situation locale et spatiale de l'environnement de l'intéressé. Son appréciation s'est, en outre, fondée sur les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles retenues par les experts d'E._____ dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2023, ainsi que sur les conclusions des médecins du SMR dans leur avis médical du 2 juin 2023, ces informations figurant d'ailleurs explicitement au début de son rapport (cf. rapport d'évaluation du 12 décembre 2023, rubrique 1.4, p. 1-3). Elle a ainsi mentionné comme limitations fonctionnelles l'alitement 24h/24, la dépendance du CMS pour les activités de la vie quotidienne et le mutisme en raison de douleurs au sternum. L'évaluatrice a également consigné les indications dont le recourant lui a fait part, dont celles en lien avec l'aggravation de sa situation dès janvier 2022 consécutivement à une manipulation du thorax, exacerbant les limitations fonctionnelles, ainsi qu'à la prise en charge actuelle, avec en particulier la visite des soins à domicile 4 à 5 fois par jour, et en a tenu compte dans son analyse. Le contenu du rapport d'enquête est plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée et ne contient aucune contradiction ni erreur manifeste. Les observations et conclusions de l'évaluatrice à domicile peuvent, dès lors, être suivies (cf. consid. 7b *supra*).

c) En l'occurrence, l'intimé a reconnu un besoin d'aide important et régulier pour les actes ordinaires de la vie « se vêtir/se

dévêtir », « manger », « faire sa toilette/soins du corps », « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Par conséquent, seule demeure litigieuse la question de savoir si le recourant a besoin d'aide pour l'acte « se lever/s'asseoir/se coucher », ainsi qu'il l'allègue.

aa) Dans son rapport, l'évaluatrice n'a retenu aucun besoin d'aide régulière et importante directe ou indirecte pour les actes se lever, s'asseoir et se coucher. Elle a indiqué que malgré ses douleurs et ses limitations fonctionnelles, le recourant pouvait encore assurer tous les transferts de lui-même. Elle observait que pour se lever du lit, l'intéressé s'aidait d'un appui tel que le rollator, mais pouvait également le faire sans appui, selon les moments et son état. Il pouvait se transférer sur une chaise, s'y asseoir et s'en relever et également se coucher dans son lit, en remontant les jambes lui-même, alors qu'il se mettait en position debout lorsqu'il devait utiliser l'urinal la nuit.

bb) A teneur des directives administratives, il y a impotence lorsqu'il est impossible à l'assuré de se lever, de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide d'un tiers. S'il peut néanmoins changer de position lui-même, il n'y a pas impotence (ch. 2030 CSI). S'il est impossible à l'assuré de se mettre au lit, il est considéré comme impotent pour cet acte (ch. 2031 *in fine* CSI). En outre, la nécessité de la présence d'un tiers lorsque l'assuré doit se lever la nuit (par ex. en raison de troubles de l'équilibre) n'est pertinente que du point de vue de la surveillance personnelle, mais non en ce qui concerne la fonction partielle « se lever » (ch. 2033 CSI).

cc) En l'occurrence, aucun élément objectif au dossier n'indique que le recourant serait incapable de se lever et changer de position de manière autonome. En effet, le rapport du 15 juin 2023 du Prof. T. _____ ainsi que les considérations de la physiothérapeute R. _____ (cf. rapport intermédiaire de physiothérapie du 10 novembre 2023 et document non daté transmis avec le recours) ne permettent pas de mettre en doute les constatations de l'évaluatrice. Il en va de même des divers rapports des thérapeutes en charge de son suivi médical, produits à l'appui de ses

écritures en vue d'attester des atteintes graves qu'il présente ainsi que des limitations qui en découlent, qui ne sont au demeurant pas contestées. Comme l'évaluatrice l'a à juste titre relevé dans sa note interne du 14 décembre 2023 figurant au dossier, les difficultés rapportées par le recourant à l'appui de son recours – s'agissant de l'acte « se lever » – ne correspondent pas à une aide apportée suffisamment intense ni régulière, alors que la présence sous forme de surveillance, l'installation des moyens auxiliaires ainsi que les difficultés de déplacement rapportées par l'assuré avaient déjà été pris en compte au titre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (cf. rubrique 4.2.1 du rapport d'évaluation du 12 décembre 2023). On relèvera également que dans ses écritures, le recourant ne nie pas véritablement être capable de se lever et d'effectuer ses transferts, déclarant lui-même parvenir à se lever à plusieurs reprises avant d'atteindre sa limite en raison des douleurs, ce dont a également tenu compte l'évaluatrice dans son rapport. Son aptitude à se lever est également confirmée par sa physiothérapeute R. _____ dans sa lettre non datée produite avec le recours, laquelle fait davantage état de ses limitations de déplacements, qui ont elles aussi été dûment prises en compte par l'évaluatrice à domicile, respectivement la décision attaquée, qui reconnaît un besoin d'aide pour l'acte « se déplacer » ainsi qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le besoin d'aide pour l'acte « Se lever/s'asseoir/se coucher » doit par conséquent être nié.

d) Au vu de ce qui précède, on retiendra que le recourant ne requiert pas l'aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie. Partant, il ne remplit pas les conditions prévues à l'art. 37 al. 1 RAI pour se voir accorder une allocation pour impotence grave (cf. consid. 4a *supra*).

9. Dans ses écritures des 27 mai et 23 juillet 2024, le recourant requiert la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. Il a produit à cet effet plusieurs séries de questions à poser aux différents médecins et intervenants chargés de son suivi médical, dont en particulier

le Prof. T._____, le Dr AE._____, la physiothérapeute R._____ et l'infirmière des soins à domicile Y._____.

Il ne suffit cependant pas d'affirmer que la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires pourrait apporter des renseignements supplémentaires pour mettre en évidence que l'office, respectivement le tribunal, aurait procédé de manière arbitraire à une appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1) ou aurait établi les faits de manière incomplète.

Selon la maxime inquisitoire, qui prévaut en particulier en droit public, l'autorité définit les faits pertinents et ne tient pour existants que ceux qui sont dûment prouvés ; elle oblige notamment les autorités compétentes à prendre en considération d'office l'ensemble des pièces pertinentes qui ont été versées au dossier. Elle ne dispense pas pour autant les parties de collaborer à l'établissement des faits (TF 2C_1021/2013 du 28 mars 2014 consid. 5.2 ; 2C_416/2013 du 5 novembre 2013 consid. 10.2.2, non publié in ATF 140 I 68) ; il leur incombe d'étayer leurs propres thèses, de renseigner le juge sur les faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuve disponibles (ATF 128 III 411 consid. 3.2.1), spécialement lorsqu'il s'agit d'élucider des faits qu'elles sont le mieux à même de connaître (TF 1C_582/2012 du 9 juillet 2013 consid. 3.1). En l'absence de collaboration de la partie concernée par de tels faits et d'éléments probants au dossier, l'autorité qui met fin à l'instruction du dossier en considérant qu'un fait ne peut être considéré comme établi, ne tombe ni dans l'arbitraire ni ne viole l'art. 8 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210).

En outre, le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; 135 I 279 consid. 2.3).

L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 134 I 140 consid. 5.2 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1).

En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, les mesures requises par le recourant n'étant pas de nature à modifier les considérants qui précèdent dans la mesure où les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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.
- II.** La décision rendue le 20 février 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 F._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- 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).

Le greffier :