

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 avril 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Dépraz, juges  
Greffier : M. Grob

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 9 LPGA ; 42 LAI ; 37 al. 3 et 38 al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1953, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, depuis le 1<sup>er</sup> juin 1999. Il souffre d'une cardiopathie ischémique (avec notamment un status après infarctus inféro-latéral thrombolysé en 1998 et un status après triple pontage aorto-coronarien en 2001), de lombalgies chroniques sur surcharge facettaire ainsi que d'un état anxio-dépressif chronique et status après épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique.

Le 13 mars 2014, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent (API) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Sous la rubrique « Données relatives à l'impotence », il a indiqué que depuis le mois de juin 1998, il avait besoin d'aide :

- pour s'habiller le matin lorsque son dos et ses reins étaient douloureux, ainsi qu'en cas de fatigue du cœur et de maux de tête, à raison d'une fois par semaine à quatre fois par mois ;

- pour se lever du lit le matin et du fauteuil la journée, à raison d'une fois par semaine lorsqu'il était fatigué à cause de ses problèmes cardiaques et lors de maux de tête, voire quatre fois par mois lorsqu'il ressentait des douleurs au dos et aux reins ou des vertiges ;

- pour se laver s'il ne pouvait pas se doucher, ainsi que pour se laver et sécher le dos, à raison d'une fois par jour voire une fois par semaine selon son état de santé ;

- pour entrer et sortir de la baignoire, se nettoyer le dos et se sécher le corps à cause des vertiges et maux de tête dus à la baisse de position, à raison d'une fois par jour voire une fois par semaine ;

- pour se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux dans la mesure d'un besoin de surveillance et de soutien pour éviter les chutes lors de ses vertiges et maux de tête, à raison d'une fois par jour voire une fois par semaine selon son état de santé, précisant qu'il

éprouvait de la difficulté à marcher en ville, qu'il ne supportait pas les endroits enfermés et la pollution, qu'il ne sortait pas beaucoup à cause de la fatigue, du stress et des vertiges et évitait donc tout contact à l'extérieur.

L'assuré a encore exposé que c'était sa femme qui lui apportait l'aide nécessaire et qu'il avait besoin d'une surveillance personnelle de jour comme de nuit, indiquant qu'il faisait des apnées durant la nuit, que son épouse devait le réveiller sinon il ne reprenait pas sa respiration et que lorsqu'il avait ses vertiges et maux de tête, elle devait rester en surveillance pendant la journée pour éviter les chutes.

L'OAI a sollicité l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, qui, dans son rapport du 15 avril 2014, a confirmé que les indications sur l'impotence fournies par l'assuré dans sa demande correspondaient à ses constatations. Il a relevé que l'état de santé ne pouvait pas être amélioré par des mesures médicales, que l'impotence ne pouvait pas être améliorée par des moyens auxiliaires et que le pronostic était stationnaire. Il a également indiqué comme anamnèse une aggravation de la dyspnée d'effort et de l'angor ainsi qu'une ergométrie toujours suspecte pour une ischémie latérale avec tolérance à l'effort moins bonne et a posé les diagnostics de maladie coronarienne tritronculaire avec status après infarctus inféro-latéral en 1998 et triple pontage coronarien en 2001, ajoutant à titre de restriction physique un angor d'effort de stade 2-3. En annexe à ce rapport, figurait un courrier de ce praticien au médecin traitant de l'intéressé, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en médecine tropicale et médecine des voyages et en infectiologie, daté du 26 mars 2014, dont le contenu est le suivant :

« J'ai revu ton patient susnommé en consultation le 25.03.2014.

Rappelons que ce patient de 61 ans est connu pour une cardiopathie ischémique tritronculaire de longue date avec un status après infarctus inféro-latéral en 1998 nécessitant de multiples interventions percutanées sur la CD [artère coronaire droite] et la CX [artère coronaire circonflexe] puis finalement un triple pontage coronarien en 2001. Le pontage mammaire s'est progressivement

occlus alors que de nombreuses tentatives de dilatation de la CX ont finalement abouti à une occlusion du vaisseau. Les dernières hospitalisations au [...] en 2012 ont permis une PTCA [angioplastie coronarienne transluminale percutanée] avec mise en place d'un stent actif résorbable dans la CD distale alors que la marginale gauche restait occluse avec une CD indemne de lésion au contrôle subséquent un mois plus tard. Le PET-CT [tomoscintigraphie par émission de positons] pratiqué le 18.10.12 a objectivé une ischémie de stress dans le territoire de la CX avec une dysfonction VG [ventricule gauche] discrète et une FE [fraction d'éjection] estimée à 60 %, mais probablement surestimée car l'IRM [imagerie par résonance magnétique] cardiaque pratiqué peu auparavant avait retrouvé une FE à 48 %. Un ttt [traitement] de Ranexa n'a malheureusement pas été supporté sur le plan digestif alors que des plaintes de vertiges occasionnels ont motivé une réduction posologique du Beloc Zoc à 25 mg/j. Le patient poursuit par ailleurs son ttt habituel d'Aspirine Cardio 100, Brilique 90 mg 2x/j, Atacand 8 mg/j, Dancor 10 mg/j et Sortis 40 mg 1x/j.

**Une ergométrie sur tapis roulant** doit être interrompu[e] à la charge un peu basse de 8 METS en raison de fatigue et d'une légère oppression thoracique qui cède rapidement après l'arrêt. (...)

**En conclusion**, cette ergométrie sous-maximale sous bêta-bloqueur reste subjectivement et graphiquement suspecte pour une ischémie latérale mais avec une tolérance à l'effort un peu moins bonne que lors du contrôle précédent, possiblement favorisée par la réduction posologique du bêta-bloqueur. Le PET-CT a confirmé la présence d'une ischémie de stress latérale mais pour laquelle une intervention de revascularisation n'était pas envisageable. Des mesures supplémentaires ne sont donc pas nécessaires et il convient de poursuivre le ttt médicamenteux.

**Sur le plan thérapeutique**, la reprise du Beloc Zoc à 50 mg/j serait souhaitable alors que l'adjonction d'un anti-calcique pourrait également être bénéfique (par exemple Amlodipine 5 mg/j) si les valeurs tensionnelles nous l'autorisent. La poursuite du Brilique n'est pas nécessaire plus de 2 ans après le syndrome coronarien et la mise en place du stent bio-résorbable alors que l'Aspirine Cardio est à garder à long terme. Pour le reste, la médication habituelle peut être maintenue et je ne pense pas qu'une nouvelle tentative de Ranexa soit justifiée compte tenu de l'intolérance digestive présentée par le patient. je reste à ta disposition pour le revoir dans une année pour son prochain contrôle ou plus tôt bien entendu en cas de modification symptomatique. ».

Dans son rapport du 10 mai 2014 à l'OAI, le Dr X. \_\_\_\_\_ a exposé que les indications sur l'impotence fournies par l'assuré dans sa demande ne correspondaient pas à ses constatations, relevant que l'intéressé faisait du fitness cinq fois par semaine, qu'il venait par ailleurs de manière indépendante à sa consultation et qu'il était capable de faire ses courses en ville. Il a indiqué qu'il n'y avait pas d'évidence d'impotence, que l'état de santé ne pouvait pas être amélioré par des

mesures médicales, que l'impotence ne pouvait pas être améliorée par des moyens auxiliaires et que le pronostic était stationnaire. Il a relaté comme anamnèse une situation stable depuis plusieurs années et a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique (avec status post infarctus en 1998 et 2004, triple pontage en 2001 et stent en mars 2009), de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, de status post néphrectomie gauche, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et hyperuricémie, de syndrome d'apnée du sommeil et d'épisode dépressif sévère en 2003. Il a précisé que les restrictions physiques et psychiques étaient une incapacité d'effort soutenu et une fragilité psychologique.

Le 16 février 2015, une collaboratrice de l'OAI a procédé à une enquête au domicile de l'assuré, en sa présence, afin de déterminer les actes pour lesquels il avait besoin d'aide. Dans son rapport du 19 février 2015, elle a rempli le questionnaire « Indications concernant l'impotence » comme suit :

«

#### 4. Indications concernant l'impotence

4.1 La personne assurée a-t-elle besoin, en raison de son impotence et malgré l'usage de moyens auxiliaires, de l'aide régulière et importante d'autrui, sous forme directe ou indirecte, pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants?

L'aide est directe, lorsque la personne assurée ne peut plus ou ne peut accomplir que partiellement elle-même un acte ordinaire de la vie  
L'aide est indirecte lorsque la personne assurée est fonctionnellement en mesure d'accomplir elle-même un acte ordinaire de la vie, mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou de manière inappropriée si elle était livrée à elle-même

		Besoin d'aide régulière et importante (directe ou indirecte)		Depuis (mois et année) (indications précises)
		oui	non	
4 1 1	<b>Se vêtir</b> Genre d'aide (description précise) Acte retenu dans le questionnaire API. L'assuré est autonome pour s'habiller, il mentionne qu'il lui faut beaucoup de temps en raison de ses douleurs dorsales et dans la poitrine. Aucune aide apportée pour cet acte.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	<b>Se dévêtir</b> Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	<b>Moyens auxiliaires (p ex mettre ou enlever une prothèse)</b> Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	<b>Préparer les vêtements</b> Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
4 1 2	<b>Se lever</b> Genre d'aide (description précise) Acte retenu dans le questionnaire API. L'acte a été retenu car lorsque l'assuré vivait avec son épouse, elle devait le stimuler pour qu'il se lève tous les matins. Actuellement, l'assuré reste au lit selon son état de fatigue, il se lève parfois très tard (en fin de matinée) s'il a mal dormi.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	<b>S'asseoir</b> Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	<b>Se coucher</b> Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
4.1.3	<b>Manger (repas préparés normalement)</b>			
	- Apporter les aliments au lit (car l'assuré(e) pour des raisons de santé, ne peut pas manger à table) Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	- Couper les aliments Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	- Porter les aliments à la bouche Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
	- L'assuré(e) ne peut-il/elle manger que des aliments spéciaux? (p ex. réduits en purée, par sonde, toutefois une alimentation spéciale due à un régime est exclue) Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____

	Besoin d'aide régulière et importante (directe ou indirecte)		Depuis (mois et année) (indications précises)
	oui	non	
<b>4.1.4 Faire sa toilette</b>			
- Se laver Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Acte retenu dans le questionnaire API. L'assuré se lave seul et ne reçoit aucune aide régulière. L'acte a été retenu car lorsqu'il vivait avec son épouse, elle lui lavait et séchait le dos. Avec une brosse long manche, l'assuré peut se laver seul le dos.			
- Se coiffer Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
- Se baigner / se doucher Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
- Se raser Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
<b>4.1.5 Aller aux toilettes</b>			
- Mettre en ordre les habits (avant et après être allé(e) aux toilettes) Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
- Laver le corps/contrôle de la propreté (après être allé(e) aux toilettes) Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
- Aller aux toilettes de manière inhabituelle Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
<b>4.1.6 Se déplacer</b>			
- dans l'appartement (y compris les escaliers) Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Acte retenu dans le questionnaire API.			
- à l'extérieur Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
L'assuré se déplace seul dans le quartier et prend sa voiture pour les déplacements plus longs. Pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, il prend les transports publics et sa famille l'accompagne selon leurs possibilités.			
Entretenir des contacts sociaux (conversation, lecture, écriture, radio/TV, spectacles) Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
<b>4.1.7 La personne assurée a-t-elle besoin, en raison d'une atteinte des organes sensoriels (p ex. malvoyant) ou d'une grave infirmité physique, de l'aide de tiers pour entretenir des contacts sociaux?</b>			
Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Qui fournit l'aide ? (concerna point 4.1.1 à 4.1.7)			
<b>4.2</b>			
Seulement pour les assuré(e)s n'ayant pas atteint l'âge de la retraite AVS, qui ne résident pas en home			
La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie? oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>			
Depuis quand et sous quelle forme? Genre d'aide (description précise)			
Dès sa séparation avec son épouse en décembre 2014, sa famille l'aide pour la préparation des repas, le ménage, la lessive, faire quelques courses et gérer le courrier. Les paiements sont fait par virement permanents à la banque.			
Aide apportée par les deux 2 nièces de l'assurée et plusieurs membres de la famille. Elles interviennent 2x/semaine durant 3 à 4 heures. Durant les week-ends, sa famille vient le chercher pour passer la journée ensemble.			
<b>4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante</b>			
Genre d'aide (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
L'assuré est autonome pour gérer son quotidien. Il garde les cartes de ses divers rendez-vous chez les médecins et se souvient de leur fréquence. Il reste la plupart du temps chez lui car a besoin de tranquillité. Pour les tâches ménagères, l'assuré reçoit de l'aide de ses nièces 2x/semaine car il dit faire l'entretien courant mais sans plus. Madame H. _____, nièce de l'assuré, mentionne qu'il n'a jamais fait le ménage, des repas ou la lessive et qu'il se trouve démuné pour le faire.			
Les tâches administratives étaient effectuées par sa fille lorsqu'il vivait avec son épouse. Une aide est nécessaire pour trier le courrier et les paiements car ne sait pas le faire.			

4.2.2 **Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile**   \_\_\_\_\_  
Genre d'aide (description précise)  
L'assuré se rend dans les administrations et à ses divers rendez-vous médicaux en voiture ou avec les transports publics. Madame H. \_\_\_\_\_, nièce de l'assuré, mentionne qu'il a parfois accompagné, ainsi que pour faire les courses et divers achats car il ne l'a jamais fait. L'assuré sort peu et n'aime pas se retrouver dans la foule.

4.2.3 **Présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable**    
Genre d'aide (description précise)

Qui fournit l'aide sous forme d'accompagnement?

4.3 **La personne assurée a-t-elle besoin d'une aide permanente pour les soins de base** (p. ex. exercices physiques, changement des bandages, prophylaxie des escarres) ou pour suivre un traitement (p. ex. prise de la tension artérielle et de la température, pose et entretien de sondes et de cathéters, instillation, injection ou perfusion de médicaments et de solutions pour alimentation parentérale, physiothérapie)?  oui  de jour  de nuit  non

Dans l'affirmative, sous quelle forme et dans quels domaines?

L'assuré gère seul sa médication.

Traitement : Sortis – Dancor – Zurcal – Zyloric – Aspirin Cardio – Atacand – Beloc Zok – Norvasc.

Combien d'heures par jour?

Depuis quand les soins sont-ils nécessaires dans cette proportion?

Qui fournit les soins?

4.4 **La personne assurée a-t-elle besoin d'une surveillance personnelle?**  oui  de jour  de nuit  non

Dans l'affirmative, sous quelle forme et dans quels domaines?

Acte retenu dans le questionnaire API.

L'assuré vit seul et reste plusieurs heures seul sans notion de mise en danger.

Depuis quand ce besoin existe-t-il dans cette proposition?

Qui apporte la surveillance?

4.5 **La personne assurée dispose-t-elle de moyens auxiliaires (p. ex. fauteuil roulant)?**  oui  non

Dans l'affirmative, lesquels?

L'impotence pourrait-elle être diminuée grâce à des moyens auxiliaires?

oui  non

Dans l'affirmative, grâce auxquels?

».

L'enquêtrice de l'OAI a par ailleurs formulé les remarques suivantes :

« L'entretien a eu lieu chez l'assuré, en sa présence. L'assuré est collaborant et explique que ses douleurs rendent son quotidien difficile mais que c'est surtout le moral qui ne va pas.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ explique que le formulaire a été rempli par le CMS [centre médico-social] de [...] lors de leur passage pour une évaluation de la situation mais qu'ils ne sont jamais intervenus par la suite. Son épouse l'aidait beaucoup mais depuis qu'il vit seul, il doit se débrouiller par lui-même.

Suite à un entretien téléphonique avec Madame H. \_\_\_\_\_, nièce de l'assuré, celle-ci précise toute l'aide apportée par elle-même et sa famille (cf. accompagnement).

Il a été expliqué à l'assuré ainsi qu'à sa nièce que l'aide apportée par son épouse pour lui laver et sécher le dos n'est pas importante au sens de nos directives et qu'il est exigible qu'il puisse utiliser un moyen auxiliaire pour le faire seul.

Madame H. \_\_\_\_\_ mentionne qu'elle passe beaucoup de temps chez son oncle pour l'aider (ménage, lessive, repas, courses, courrier, etc.). Elle précise qu'il n'a jamais effectué ses tâches en raison de sa culture et qu'en raison de sa dépression, il ne peut pas le faire. Toute la famille essaie de lui apporter le plus de soutien possible

Aucun acte n'a été retenu car il semble que l'assuré soit autonome pour les actes de la vie quotidienne. En ce qui concerne l'accompagnement, l'assuré reçoit de l'aide pour plus de 2 heures/semaine mais il semble que cela soit plus pour des raisons culturelles qu'en lien avec l'atteinte à la santé. Depuis sa séparation, la dépression de l'assuré s'est aggravée en lien avec sa nouvelle situation. Sa famille se fait beaucoup de soucis.

L'accompagnement n'a pas été retenu car sans l'aide apportée, l'assuré ne serait pas placé en institution et que les pièces médicales ne mentionnent pas les limitations allant dans le sens d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne. Nous vous laissons le soin de décider si un avis du SMR [service médical régional de l'assurance-invalidité] est nécessaire et restons à disposition pour tous renseignements nécessaires. ».

Dans un projet de décision du 6 mars 2015, l'OAI a refusé d'octroyer une allocation pour impotent en faveur de l'assuré, selon la motivation suivante :

**« Résultats de nos constatations :**

Dans le cadre de la demande d'examen du droit à une allocation pour impotent déposée en date du 13.03.2014, une visite à domicile par une collaboratrice de notre service extérieur a été réalisée le 16.02.2015 afin d'examiner aussi précisément que possible l'aide dont vous avez besoin pour accomplir des actes ordinaires de la vie.

Au vu des renseignements en notre possession, nous constatons que vous n'êtes pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie.

Nos investigations ont également démontré que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'est pas prouvé.

Les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible ne sont dès lors pas remplies. ».

Le 26 mars 2015, la nièce de l'assuré, H.\_\_\_\_\_, a écrit à l'OAI pour lui fournir des compléments d'informations quant à la situation de son oncle. Ce courrier a par la suite été signé par l'intéressé pour valoir contestation au projet de décision susmentionné et a été à nouveau adressé à l'OAI qui l'a reçu le 16 avril 2014. Cet écrit a été rédigé en ces termes :

« Par la présente, je soussignée, H.\_\_\_\_\_, nièce de M. A.\_\_\_\_\_, souhaite amener des renseignements complémentaires quant à la situation de mon oncle.

En effet, lors de la venue de l'experte chez mon oncle le 6 février 2015, je ne pouvais être présente puisque je travaillais. Cependant, j'ai appelé cette experte afin de lui fournir des éléments majeurs que mon oncle était susceptible d'oublier, ce qui était le cas après cette discussion. Cette collaboratrice, dont je n'ai malheureusement plus le nom en tête, m'avait dit qu'elle inclura au dossier ces éléments supplémentaires.

Quelle ne fut pas ma surprise lorsque nous avons pris connaissance de la décision du refus quant à l'allocation pour impotence.

Il est de mon devoir de vous écrire car mon oncle qui est affaibli physiquement et psychologiquement subit de plus en plus des pertes de mémoires considérables.

Nous avons été inculqués avec des valeurs familiales primordiales très profondes faisant parties de notre culture. C'est pour cela que mes sœurs, mes cousins et moi-même venons en aide à mon oncle fréquemment afin qu'il ne sombre pas.

Par ailleurs, durant la semaine, après le travail, je lui fais les courses avec mon mari puis m'occupe de sa paperasserie. Aussi, au moins 2 fois par semaine, je lui prépare plutôt des plats froids qu'il peut manger durant 2 jours en n'utilisant pas le four si possible car il oublie de l'éteindre, ce qui fut le cas à de nombreuses reprises. A plusieurs reprises, il oubliait de manger, nous le forçons donc à manger.

Etant donné que j'ai plus de temps le week-end, je nettoie sa demeure et lui concocte des plats chauds et tentons vainement de

le faire sortir dehors car la solitude, la peur, et la méfiance des autres se sont emparées de mon oncle. La situation de ne fait qu'empirer. Parfois, nous l'emmenons chez ses sœurs et son frère (ma mère et ma tante et mon oncle) afin qu'il renoue contact avec les gens. Je ne suis pas la seule à effectuer cette aide, mes cousins et ma sœur y participent aussi mais je suis celle qui fait le plus d'efforts car il s'agit de mon oncle que je chéris du plus profond de mon être.

C'est une situation très difficile car nous sommes toujours angoissés à l'idée que quelque chose lui arrive, de ce fait j'essaie tant bien que mal de l'emmener chez moi (ma place est restreint[e]) et ses sœurs afin d'avoir un œil sur lui.

Ce n'est plus l'oncle que nous avons connu, il s'affaiblit de jour en jour et mon cœur se brise devant cette situation douloureuse. Ce n'est pas aussi évident pour moi car j'ai un foyer, une famille et je travaille. Je passe beaucoup de week-ends en sa compagnie et des heures durant la semaine. Fort heureusement que mon mari me soutient dans cette épreuve. ».

Par décision du 11 mai 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 6 mars 2015, refusant d'octroyer une allocation pour impotent en faveur de l'assuré.

**B.** Par acte du 10 juin 2015, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Flore Primault, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à la constatation de son droit à une allocation pour impotent en tout cas légère, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir. Il a rappelé le contenu du courrier de sa nièce du 26 mars 2015.

Dans sa réponse du 14 août 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 11 mai 2015.

Par réplique du 5 octobre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions et a produit un courrier du Dr X.\_\_\_\_\_ à son conseil du 12 septembre 2015, dont le contenu est le suivant :

« Les raisons médicales pour une rente d'impotent seraient les suivantes :

- Cardiopathie ischémique.

- Hypertension.
- Hypercholestérolémie familiale.
- Hyperuricémie.
- Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs.
- Status post-néphrectomie gauche en 1988.
- Syndrome d'apnées du sommeil et épisodes dépressifs récurrents.

Les nouveaux éléments en 2015 sont les suivants : d'une part le patient signale une recrudescence des lombalgies avec irradiations dans les deux jambes. Ces lombalgies ont certainement une influence sur la vie quotidienne du patient.

D'autre part, il y a eu en 2015 une recrudescence des troubles psychologiques avec des phases dépressives plus importantes. Il est actuellement suivi par un psychiatre au Centre de psychiatrie F.\_\_\_\_\_. Il pourrait peut-être être utile de demander à ce psychiatre un nouveau rapport. ».

A l'appui de ses conclusions, le recourant a exposé que l'enquête réalisée à son domicile le 16 février 2015 n'avait pas de valeur probante car elle était contradictoire avec les données figurant dans sa demande d'allocation pour impotent et ne reflétait pas la réalité, indiquant que l'enquête n'avait duré qu'une quinzaine de minutes et n'avait pas permis de se faire une idée de son quotidien car il était très réservé et ne s'ouvrait pas facilement au premier contact, que l'enquêtrice ne lui avait posé que trois ou quatre questions et qu'elle avait mal interprété les compléments d'informations fournis par sa nièce, respectivement n'en avait pas tenu compte. Il a relevé en particulier que c'était bien en raison de sa dépression qu'il n'était plus à même d'assumer certaines tâches au quotidien et non en raison de problèmes culturels et que depuis que sa femme l'avait quitté en septembre 2014, il incombait aux autres membres de sa famille d'exécuter les tâches qu'elle assumait, précisant que cette séparation avait empiré sa dépression. Il a souligné que le Dr X.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 12 septembre 2015, relevait qu'il existait depuis 2015 une recrudescence des troubles psychologiques avec des phases dépressives plus importantes et qu'il serait utile de demander un nouveau rapport à son psychiatre. Il a également rappelé que le Dr G.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 avril 2014, avait confirmé que les indications figurant dans sa demande d'allocation pour impotent correspondaient à ses constatations. Le recourant reproche également à l'intimé de ne pas avoir retenu le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de

la vie, relevant qu'il n'appartenait pas à sa famille lointaine de s'occuper de lui, que ses nièces le faisaient de bon cœur car elles possédaient des valeurs familiales profondes, que l'on ne se trouvait pas dans le cas où l'aide de la famille proche était admissible puisque ce sont ses nièces, neveux et parfois frères qui assumaient des tâches qui devraient relever de l'aide publique et que leurs aides dépassaient manifestement les deux heures par semaine. Il a indiqué que l'intimé n'avait pas pris en compte le fait qu'il oubliait d'éteindre le four, se mettant ainsi en danger, et a exposé qu'il était faux de retenir qu'il avait besoin d'aide pour se laver et s'essuyer le dos, soulignant que c'était bien en raison de ses vertiges et du danger qu'il encourait en raison de ceux-ci qu'il était entravé dans l'acte de se doucher. Il a ainsi considéré qu'une allocation pour impotent lui était due car il avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, accompagnement qui lui permettait de gérer sa vie quotidienne, de faire face à la structuration de sa journée et à la tenue de son ménage, de prévenir le risque d'isolement durable ainsi que la perte de contacts sociaux et donc la péjoration subséquente de son état de santé puisque sans la stimulation de ses nièces et du reste de sa famille, son état se péjorerait et il s'enfoncerait dans l'isolement.

Dans sa duplique du 27 octobre 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions. S'agissant des contradictions entre les indications figurant dans la demande d'allocation et celles figurant dans le rapport d'enquête, il a exposé que cet argument n'était pas pertinent, qu'il y avait eu des raisons de penser que les indications de la demande devaient être relativisées et que le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 10 mai 2014 que ces indications ne correspondaient pas à ses constatations, ce praticien ayant d'ailleurs relevé que le recourant faisait du fitness cinq fois par semaine, qu'il se rendait de manière indépendante à sa consultation et était capable de faire ses courses en ville. L'intimé a également considéré que le rapport d'enquête du 19 février 2015 a été établi dans les règles de l'art, précisant qu'une durée d'enquête qualifiée de brève n'excluait pas une analyse adéquate de la situation. S'agissant enfin du rapport du 12 septembre 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_, il a constaté que ce praticien évoquait une recrudescence des lombalgies et des troubles

psychologiques depuis 2015, sans que l'on sache si elle était survenue avant ou après la notification de la décision entreprise ou encore si ce praticien estimait que ce qu'il avait évoqué dans son rapport du 10 mai 2014 n'était plus d'actualité.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une allocation pour impotent.

**3. a)** Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa 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 (art. 9 LPGGA).

Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). 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 (art. 42 al. 3 LAI).

**b)** L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) dispose 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.

Aux termes de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou

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

L'art. 37 al. 3 RAI précise que l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;

- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;

- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ;

- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou

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

Selon l'art. 38 al. 1 RAI, 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).

**c)** Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; ATF 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, on ne saurait réputer 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 106 V 159 consid. 2b). 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 (RCC 1989 p. 228 ; RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI).

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 117 V 146 consid. 2 ; 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 (Pratique VSI 1996 p. 182 ; RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) 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 (RCC 1991 p. 479 ; RCC 1982 p. 126 ; 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. 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)** Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en particulier, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_432/2012 et 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (par ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) et tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle) (ch. 8050 CIIAI).

Outre l'aide indirecte, l'aide directe d'un tiers peut aussi être considérée comme faisant partie de l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI. A ce titre, la personne qui accompagne peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque, malgré les

instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (ch. 8050.1 CIIAI et les références citées).

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à l'assuré de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires (achats, loisirs, contacts avec les services officiels ou le personnel médical, coiffeur, etc.) (ch. 8051 CIIAI et la référence citée).

Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

**d)** Quant aux notions de besoin permanent de soins ou de surveillance, la jurisprudence les interprète de façon restrictive (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé. Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190 consid. 3b ; RCC 1980 p. 64 consid. 4b). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même, soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

**e)** Il sied enfin de rappeler qu'une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel

qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

**4.** En l'espèce, le rapport d'enquête du 19 février 2015 retient que le recourant n'a besoin d'aucune aide pour effectuer les actes ordinaires de la vie et ne nécessite pas des soins ou une surveillance personnelle permanents. De son côté, l'intéressé a indiqué dans sa demande d'allocation qu'il avait besoin d'aide, depuis juin 1998, pour s'habiller, se lever, faire sa toilette, se déplacer à l'extérieur de son domicile et entretenir des contacts sociaux.

Le recourant soutient, d'une part, que le rapport d'enquête n'a pas de valeur probante car il est en totale contradiction avec les indications de sa demande et n'a pas tenu compte des explications complémentaires de sa nièce et, d'autre part, qu'il a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Invité à se prononcer, le Dr G.\_\_\_\_\_, a confirmé dans son rapport du 15 avril 2014, sans autre précision, que les indications fournies par le recourant dans sa demande d'allocation correspondaient à ses constatations. Sa position ne trouve toutefois pas écho dans l'annexe à son rapport, soit le courrier du 26 mars 2014 au Dr X.\_\_\_\_\_, censée expliciter son avis. En effet, dans cet écrit, le Dr G.\_\_\_\_\_, ensuite d'une consultation du 25 mars 2014, évoque uniquement des plaintes de vertiges occasionnels qui ont motivé une réduction posologique du bêtabloqueur prescrit. On est donc loin des vertiges nécessitant une aide quasi quotidienne tels que décrits par le recourant et sa nièce.

Quant au Dr X. \_\_\_\_\_, médecin traitant, il a exposé dans son rapport du 10 mai 2014 que les indications fournies par le recourant ne correspondaient pas à ses constatations, expliquant à cet égard que son patient faisait du fitness cinq fois par semaine, venait de manière indépendante à sa consultation et était capable de faire ses courses en ville. La lettre de ce praticien au conseil du recourant du 12 septembre 2015 ne modifie pas ses premières constatations. S'il évoque, comme « nouveaux éléments en 2015 », une recrudescence des lombalgies avec irradiations dans les deux jambes et une recrudescence des troubles psychologiques avec des phases dépressives plus importantes, le Dr X. \_\_\_\_\_ ne précise pas en quoi elles affecteraient le recourant dans sa capacité à accomplir les actes ordinaires de la vie ou nécessiteraient un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En effet, s'agissant des lombalgies, il s'est limité à indiquer qu'elles avaient « certainement une influence sur la vie quotidienne du patient », sans autre précision. Quant aux troubles psychologiques, il a relevé que l'intéressé était suivi par un psychiatre au Centre de psychiatrie F. \_\_\_\_\_. Si les troubles somatiques et psychiques du recourant s'étaient aggravés à un point tel qu'il le soutient, son médecin traitant n'aurait pas manqué de l'indiquer de façon circonstanciée, ce qui n'est pas le cas.

On constate également que le rapport de l'enquête effectuée au domicile du recourant, s'il ne retient pas les besoins d'aide inscrits par celui-ci dans sa demande d'allocation, tient compte de ses indications et les discute. L'enquêtrice a également rendu compte des compléments d'informations communiqués par la nièce de l'intéressé.

C'est ainsi que s'agissant de l'acte de se vêtir, aucun besoin d'aide n'a été retenu car il a été constaté que le recourant, qui mentionnait qu'il lui fallait beaucoup de temps en raison de ses douleurs dorsales et dans la poitrine, était autonome pour s'habiller.

Quant au besoin d'aide pour se lever, qui avait été annoncé par l'intéressé dans sa demande car lorsqu'il vivait avec son épouse elle

devait le stimuler pour qu'il se lève tous les matins, l'enquêtrice en l'a pas retenu, constatant qu'actuellement, il restait au lit selon son état de fatigue et se levait parfois très tard (en fin de matinée) s'il avait mal dormi.

S'agissant de l'acte de se déplacer, l'enquête n'a retenu aucun besoin d'aide car il a été relevé que le recourant se déplaçait seul dans son quartier, prenait sa voiture pour les déplacements plus longs et prenait les transports publics pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, des membres de la famille l'accompagnant selon leurs disponibilités. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs relevé qu'il se rendait de manière indépendante à sa consultation.

Pour l'aide à faire sa toilette, l'acte avait été annoncé par l'intéressé car lorsqu'il vivait avec son épouse elle lui lavait et séchait le dos mais n'a pas été retenu dès lors qu'avec une brosse à long manche, il pouvait se laver seul le dos. Sur ce point, le recourant relève qu'il est entravé dans l'acte de se laver non pas en raison d'un besoin d'aide pour se laver et sécher le dos, mais en raison de ses vertiges et du danger qu'il encourt dans la douche en raison de ceux-ci, précisant être déjà tombé deux fois de suite. Toutefois, il a été expliqué au recourant et sa nièce lors de l'enquête que l'aide pour se laver n'allait pas être retenue en raison de la possibilité d'utiliser un moyen auxiliaire pour le faire seul et ils n'ont pas précisé que le besoin d'aide était dû aux vertiges. En outre, comme déjà relevé ci-dessus, la fréquence des vertiges alléguée par le recourant ne trouve pas confirmation dans les rapports des médecins consultés, en particulier ceux du Dr X. \_\_\_\_\_ qui ne font même pas état de tels phénomènes. Enfin, le besoin de surveillance en raison des vertiges paraît en contradiction avec le fait que l'intéressé se déplace seul dans son quartier et utilise sa voiture pour les déplacements plus longs, qu'il fait du fitness cinq fois par semaine et qu'il se rend de manière indépendante chez son médecin.

Le rapport d'enquête retient encore que le recourant n'a pas régulièrement besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux

nécessités de la vie. A cet égard, l'enquêtrice a tenu compte des indications de la nièce de l'intéressé en indiquant que sa famille l'aidait pour la préparation des repas, le ménage, la lessive, faire quelques courses et gérer le courrier, à raison de deux fois par semaine durant 3 à 4 heures. Elle a également relevé que sa nièce avait précisé que le recourant n'avait jamais effectué ces tâches en raison de sa culture, qu'il se trouvait démuni pour le faire et qu'en raison de sa dépression, il ne pouvait pas le faire, l'intéressé ayant quant à lui indiqué que c'était son épouse qui s'en chargeait. L'enquêtrice a encore constaté que le recourant était autonome pour gérer son quotidien, gardait les cartes de ses divers rendez-vous avec les médecins, se souvenait de leur fréquence et restait la plupart du temps chez lui car il avait besoin de tranquillité. S'agissant en particulier du besoin d'accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile, il a été relevé que l'intéressé se rendait dans les administrations et à ses divers rendez-vous médicaux en voiture ou avec les transports publics ; sa nièce a précisé qu'il était parfois accompagné lors de ces rendez-vous, ainsi que pour faire les courses et divers achats car il ne l'avait jamais fait. Finalement, l'enquêtrice n'a pas retenu le besoin d'accompagnement car si le recourant recevait de l'aide de sa famille pour plus de deux heures par semaine, cette aide paraissait davantage liée à des raisons culturelles - l'intéressé ne s'étant jamais occupé du ménage, de la lessive, des repas, des courses, etc. - qu'à des raisons de santé. On ne peut que confirmer cette appréciation dès lors que les éléments médicaux ne plaident pas en faveur d'un tel besoin, tant d'un point de vue physique que psychiatrique. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs relevé que son patient était capable de faire ses courses en ville. Le recourant soutient encore que sans le soutien et la stimulation des membres de sa famille, il s'enfoncerait dans l'isolement et son état se péjorerait. On peut relever à cet égard que le risque d'isolement et de la détérioration subséquente de l'état de santé ne sont ici que purement hypothétiques. En effet, l'enquête a pu constater que l'intéressé sortait et se déplaçait seul dans le quartier, précisant par ailleurs qu'il sortait peu et n'aimait pas se retrouver dans la foule.

En dernier lieu, le besoin de surveillance personnelle a été nié car l'enquêtrice a constaté que le recourant vivait seul et restait seul plusieurs heures sans notion de mise en danger. Outre ses vertiges, qui ont déjà été discutés ci-dessus, le recourant soutient que cette surveillance est nécessaire en raison de ses troubles de la mémoire (il oublierait d'éteindre le four). Ces troubles n'ont toutefois pas été décrits par les médecins consultés et apparaissent contradictoires avec le fait qu'il se souvienne de ses rendez-vous médicaux. Il a par ailleurs été relevé que l'intéressé gérait seul sa médication.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, force est de constater que les conclusions du rapport d'enquête ne sont pas critiquables dès lors qu'elles apparaissent plausibles au regard des rapports médicaux et qu'elles ont été motivées de façon suffisamment détaillée en tenant compte des indications de l'intéressé et de sa nièce. Il y a donc lieu de retenir que le recourant ne remplit aucune des conditions alternatives prévues par l'art. 37 al. 3 RAI pour se voir reconnaître une impotence faible, si bien qu'il ne peut pas prétendre à une allocation pour impotent.

**5. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Enfin, au vu de l'issue du litige, le recourant ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 11 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 300 fr. (trois cents francs), sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_.
  
- 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 :

- Me Flore Primault (pour A. \_\_\_\_\_)
- 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 :