

## VD\_FINDINFO AI 206/22 - 15/2023 vom 23. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_206\\_22\\_-\\_15\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_206_22_-_15_2023)

FR: VD\_FINDINFO AI 206/22 - 15/2023 du 23 janvier 2023

IT: VD\_FINDINFO AI 206/22 - 15/2023 del 23 gennaio 2023

### Regeste

ALLOCATION POUR IMPOTENT, REJET DE LA DEMANDE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 42 LAI, 9 LPGA, 37 RAI, 38 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.01.2023 AI 206/22 - 15/2023

ALLOCATION POUR IMPOTENT, REJET DE LA DEMANDE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 42 LAI, 9 LPGA, 37 RAI, 38 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 206/22 - 15/2023 ZD22.034488 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 23 janvier 2023 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Durussel ,  
présidente Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M. Germond  
\*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel  
Duc, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à  
Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 29 al. 2 Cst. ; art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et  
38 RAI E n f a i t : A. a) P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est  
marié avec enfants. Le 10 juillet 2011, il a chuté dans sa baignoire avec pour conséquences  
un traumatisme crânio-cérébral, une perte de connaissance d'une vingtaine de minutes, une  
amnésie circonstancielle et une hospitalisation du 10 au 14 juillet 2011. A la suite de cet  
accident, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en décembre  
2011. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements  
auprès des médecins consultés dont le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et  
réadaptation, lequel retenait une incapacité de travail totale de l'assuré. Par décision du 27  
juillet 2017, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1er  
juillet 2012 au 31 janvier 2013, au motif d'une pleine capacité de travail dans toute activité  
exigible depuis le 19 octobre 2012 sur la base d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et  
neurologie) du 17 février 2017 du R. \_\_\_\_\_ de [...] (R. \_\_\_\_\_). Selon ces experts, le  
syndrome post-commotionnel sans lésion cérébrale avait cessé ses effets au-delà d'octobre  
2012. Face aux éléments de surcharge décrits par les nombreux experts, le diagnostic de  
majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis  
l'automne 2012 avait été retenu ; lors de l'examen, l'expertisé avait montré des signes de  
surcharge de la symptomatologie et sa collaboration n'était pas optimale ; concernant ses  
ressources, il semblait s'être enfermé dans un rôle d'handicapé depuis l'accident et il n'y  
avait pas de limitations fonctionnelles découlant d'une maladie ou d'un accident (expertise,  
pp. 23 - 28). Statuant le 24 juin 2019 sur le recours formé par P. \_\_\_\_\_ contre la décision  
du 27 juillet 2017 de l'OAI, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejeté  
(CASSO AI 271/17 – 186/2018). On extrait en particulier le passage suivant de cet arrêt

(consid. 6) : “ [...] b) En l’occurrence, il y a unanimité médicale quant à la constatation de troubles cognitifs, lesquels font partie des symptômes autorisant le diagnostic de syndrome post-commotionnel ; au demeurant, les experts du R. \_\_\_\_\_ ne l’excluent pas, dit syndrome étant en effet mentionné dans le diagnostic principal. En revanche, les experts limitent les effets incapacitants du syndrome post-commotionnel au 19 octobre 2012, suivis sur ce point par l’OAI. Il n’est pas contesté que les troubles inhérents à un syndrome post-commotionnel sont présumés disparaître avec le temps. Reste que la durée précise de la guérison peut varier d’un cas à l’autre. Dans un article paru au n°78 du périodique « Informations médicales » (page 93 et ss), édité par la SUVA et destiné aux médecins suisses, le Dr Ruben J. Echemendia, mentionne ce qui suit : « Chez la plupart des individus, les signes et symptômes de commotion cérébrale disparaissent naturellement sur une période de temps relativement brève. Iverson, Lange, Gaetz & Zasler (2006) ont revu en détail la littérature médicale et ont conclu que « les troubles cognitifs, psychologiques, ou psychosociaux permanents dus aux effets biologiques du traumatisme sont peu fréquents chez les personnes ayant subi un TCC léger et rare chez les sportifs. » (p. 360). En effet, on observe généralement une guérison complète chez les patients traumatisés crâniens en 1 à 3 mois et en 5 à 10 jours chez les sportifs. Certains patients (environ 5 à 20%) ne guérissent pas en 3 mois et développent ce que l’on appelle un syndrome post-commotionnel persistant. Ce syndrome est très controversé car son existence n’a pas été prouvée de façon appropriée dans les études prospectives. Le rôle des litiges ou autres situations pouvant offrir un bénéfice secondaire au patient est évoqué dans le développement et le maintien de ce syndrome post-commotionnel. Il est très difficile à définir et à isoler car les symptômes ne sont pas spécifiques et apparaissent aussi dans la population normale (par ex : céphalées), chez les patients sans antécédents de traumatisme crânien (par ex : traumatisme orthopédique, douleur chronique) et chez les malades psychiatriques (par ex : dépression, état de stress post-traumatique). A présent, la plupart des chercheurs et théoriciens qui étudient cette affection pensent qu’elle est causée par une interaction complexe entre les caractéristiques biologiques du traumatisme, les antécédents psychologiques et psychosociaux du patient, la situation actuelle, les effets de la douleur et une multitude d’autres facteurs ». Il ressort du rapport établi le 27 mars 2012 par le Dr [...] que l’incapacité de travail est totale. Dans son rapport du 5 novembre 2012, ce médecin relève également la difficulté de se prononcer sur la capacité de travail et l’évalue à 50% dans l’ancienne activité, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et évoque déjà une éventuelle composante psychogène aux troubles du recourant en raison de son inactivité. Tant dans son rapport du 19 octobre 2012 que dans celui du 5 novembre 2012, le Dr [...] qualifie l’évolution de la situation d’atypique et s’avère formel quant à la nécessité d’une réintégration rapide de l’assuré dans le circuit professionnel. Il se déduit de la nature de cette recommandation une pleine capacité de travail au 19 octobre 2012, à tout le moins dans une activité adaptée et sous condition d’une reprise progressive de l’activité professionnelle. Sur ce point, il sied de relever que les mesures de réinsertion professionnelle prévues par l’intimé en 2013 se sont soldées par un échec non pas en raison de limitations qui auraient été objectivées par les intervenants mais parce que l’assuré les estimait incompatibles avec son état de santé. En l’espèce, la date du 19 octobre 2012 retenue par les experts du R. \_\_\_\_\_ dépasse largement la durée de guérison de la majorité des patients souffrant d’un syndrome post-commotionnel, soit entre 80% et 95% selon l’étude du Dr Echemendia. Compte tenu également de la recommandation du Dr [...] formulée le 19 octobre 2012 et confirmée le 5 novembre 2012, d’intégrer au plus vite un

circuit de réinsertion professionnelle, le raisonnement des experts retenant la date du 19 octobre 2012 comme fin de l'incapacité totale de l'assuré en relation avec le syndrome post-commotionnel ne prête pas flanc à la critique. [...] » Par arrêt du 21 avril 2020 (cause 9C\_554/2019), la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par P.\_\_\_\_\_ contre le jugement cantonal. Les juges fédéraux ont en particulier confirmé les motifs exposés par les premiers juges pour lesquels ils avaient considéré le syndrome post-commotionnel comme dépourvu d'effet invalidant au-delà du 19 octobre 2012, estimant qu'ils étaient fondés, sur l'expertise du R.\_\_\_\_\_, à retenir que le recourant présentait une pleine capacité de travail dès cette date, sans avoir apprécié les preuves de manière arbitraire (consid. 5.3 à 5.6). b) Le 20 mai 2020, l'assuré, agissant désormais par Me Jean-Michel Duc, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une rechute des douleurs totalement invalidantes en lien avec les atteintes cérébraux-organiques de l'accident du 10 juillet 2011. c) Le 26 juin 2020, P.\_\_\_\_\_, par Me Duc, a déposé une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, indiquant avoir besoin de l'aide pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux (dans l'appartement/à l'extérieur) » depuis le mois de juillet 2011. Il mentionnait par ailleurs un besoin de surveillance personnelle, devoir rester couché environ deux à sept fois par semaine toute la journée lors des migraines ainsi que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine depuis l'accident. Il précisait avoir déjà consulté un psychiatre à [...] et que l'aide lui était apportée par son épouse. Dans un rapport du 20 juillet 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral de sa hauteur le 10 juillet 2011, avec une fracture occipitale paramédiane gauche, des troubles cognitifs (exécutifs, attentionnels, mnésiques, phasiques et ralentissement) et des troubles post-commotionnels (céphalées, vertige, fatigue, hyposomnie, irritabilité, nervosité, phonophobie, intolérance à la foule et trouble de la concentration). Les limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic étaient des troubles cognitifs et syndrome post-commotionnel entraînant une fatigabilité accrue, une hypersomnie, des céphalées presque quotidiennes, une irritabilité, des difficultés à débiter et/ou mener à bien une quelconque tâche, un ralentissement dans toutes les activités, etc., depuis 2011. En lien avec l'évaluation de l'impotence, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en raison du syndrome post-commotionnel et des troubles cognitifs l'assuré était vite limité dans les activités à réaliser, qu'il ne pouvait pas les faire de façon prolongée en nécessitant énormément de temps et sans toujours les mener à terme (troubles exécutifs, distractibilité, etc.). Au vu de l'intolérance à la foule, des troubles exécutifs et également comportementaux, sans compter la fatigabilité et l'hypersomnie, la vie sociale était extrêmement restreinte, se limitant généralement à la famille très proche, et encore ; l'intéressé devait régulièrement se retirer au calme. Les diagnostics incapacitants étaient stables et l'assuré restait en mesure d'accomplir des activités simples comme les soins personnels ainsi que certaines tâches domestiques relativement brèves, à un rythme très ralenti. Le 23 juillet 2021, l'assuré a remis à l'OAI un rapport de consultation du 2 juillet 2021 du Prof. A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, adressé au Dr L.\_\_\_\_\_. Il a posé les diagnostics de migraines post-traumatiques aggravées par une composante médicamenteuse, de syndrome post-commotionnel aggravé par des troubles obsessionnels, d'allure post-traumatique, d'intensité moyenne, de symptômes dépressifs réactionnels « à évaluer par nos confrères psychiatres » et d'insomnie chronique. Selon l'anamnèse, malgré ses plaintes qui restaient stables, pour ses activités au cours de la dernière année, l'assuré se réveillait vers sept à huit heures, préparait des céréales et du thé pour le déjeuner. Il relevait

son courrier à la poste de [...] à un kilomètre et checkait les mails pendant vingt minutes. Sur le plan de l'activité en générale, effectuant peu de choses à la maison (sa femme s'en chargeait), il parvenait à cuisiner de temps en temps et aidait un tout petit peu ses enfants à faire leurs devoirs (par exemple les calculs simples). Concernant l'irritabilité toujours présente, et même s'il lui était arrivé d'avoir des menaces verbales, l'assuré avait toujours pu se contenir vis-à-vis de son épouse ou de ses enfants. Il conservait une relation de couple avec son épouse, même si les accès d'humeur restaient difficiles à gérer (il sortait parfois pour se calmer et d'autres fois il cassait des choses). L'intéressé signalait être devenu plus maniaque avec une tendance à plus changer les choses sans nécessairement savoir exactement où il les rangeait. Il avait aussi plus besoin de vérifier quand il sortait (en particulier les portes et les fenêtres) ; son épouse confirmait cette aggravation qui semblait s'être installée ces dernières années. L'assuré usait de processus de rangement et de vérification qui n'étaient pas toujours efficaces et qui conduisaient à ne pas retrouver les choses. Le problème du rangement était quelque chose qui le préoccupait. Son épouse signalait également des difficultés à s'impliquer dans les activités de la vie quotidienne, comme les factures, les prises de rendez-vous ou les téléphones. Souvent l'intéressé captait uniquement des bribes de conversation, n'arrivait pas à intégrer l'ensemble. Les problèmes de mémoire semblaient d'ailleurs s'aggraver d'après son épouse, en tout cas dans le fonctionnement quotidien (difficulté à aller chercher trois ou quatre articles dans un magasin en l'absence d'une liste très précise, difficulté à exécuter deux ou trois tâches à la maison). L'épouse confirmait également que la planification était extrêmement difficile, par exemple de quelques vacances. Sur la base de son examen clinique, le Prof. A. \_\_\_\_\_ a conclu son rapport en ces termes : " Le tableau donc est assez important et sévère, caractérisé par une fatigue et des troubles attentionnels post-traumatiques d'intensité moyenne. Ceux-ci se sont légèrement aggravés depuis 2015. Je remarque actuellement dans les diagnostics les points suivants du point de vue neurologique : 1. Des migraines post-traumatiques avec maintenant une composante médicamenteuse. Ces migraines n'ont pas répondu à la Dépakine, ni à l'amitriptyline, qui sont les traitements classiques des migraines. La proposition est de proposer un traitement pendant 6 mois d'anti-GRP, à évaluer alors. 2. Des troubles de vérification qui ont nettement augmenté, faisant penser à des troubles de type TOC que l'on voit dans certaines situations post-traumatiques. Un traitement de SSRI à haute dose serait important à mon avis, mais je souhaite avoir pour cela l'avis de notre collègue psychiatre qui le suit. 3. Concernant la fatigue associée à des troubles du sommeil, une approche comportementale sera importante. Cette proposition pourrait être effectuée de manière séquentielle. Par ailleurs le patient ne peut effectivement pas travailler actuellement. Tout au plus il faudrait prévoir une activité en milieu protégé, qui pourrait lui permettre de reprendre un certain rythme. Dans ce sens, un soutien à l'incapacité de travail pendant une période déterminée (3 ans par exemple à réévaluer par la suite), me semble médicalement indiqué. " L'OAI a fait réaliser une enquête à domicile dont il ressort du rapport établi le 23 août 2021 pour les actes ordinaires de la vie uniquement un besoin d'aide pour l'acte se déplacer (entretenir des contacts sociaux) depuis le mois de juillet 2011. Selon l'enquêtrice, l'assuré pouvait converser, mais il ne parvenait pas à se concentrer si plusieurs personnes parlaient entre elles. S'il y avait trop de stimuli auditifs autour de lui, il perdait son attention. Il ne gérait plus aucune tâche administrative, mais pouvait aller lire ses mails et surfer un peu sur internet. Il lisait encore, mais devait relire plusieurs fois la même page. Son épouse l'accompagnait aux consultations médicales, car l'assuré ne pouvait pas lui redire précisément ce qui avait été dit ensuite. Cette dernière

faisait tous les téléphones aux médecins ou autres, et agendait les rendez-vous car l'intéressé oubliait systématiquement de le faire après avoir eu un téléphone avec son interlocuteur. L'assuré pouvait écrire, mais il ne pouvait plus faire un courrier administratif. Il pouvait suivre une liste de courses, mais oubliait fréquemment des articles. Des soins permanents, une surveillance personnelle permanente ainsi qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'étaient pas retenus. Indiquant que l'assuré ne serait pas institutionnalisé sans la présence de son entourage, sous la rubrique « 4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante » de son rapport, l'enquêtrice a écrit ce qui suit : “ L'assuré gère les horaires de la journée sans aide, sait si on est le matin ou l'après-midi, peut lire l'heure. Par contre, il ne connaît pas la date. Il peut toutefois la retrouver facilement en regardant sur son téléphone. L'assuré peut cuisiner des recettes simples et habituelles (pâtes, omelettes, sandwich, etc.). Par contre, il ne pourrait pas suivre une recette dans un livre de cuisine. Il se met une alarme sur son téléphone pour les temps de cuisson et pour ne rien oublier sur le feu ou dans le four. L'assuré participe aux tâches ménagères, sans stimulation particulière. Par contre, il se distrait facilement et peut interrompre ce qu'il était en train de faire pour passer à une autre activité. Il se rend compte plus tard qu'il n'a pas fini sa tâche. Questionné à ce sujet, l'assuré estime que s'il vivait seul, il penserait à faire le ménage, la lessive. L'administratif et les paiements sont totalement gérés par l'épouse. L'assuré peut consulter ses mails. Après un téléphone, il oublie d'agender les rendez-vous, raison pour laquelle c'est son épouse qui s'occupe des téléphones administratifs, ou avec les médecins. L'assuré gère de manière totalement autonome la prise de son traitement de manière quotidienne, selon une routine. ” Par projet de décision du 31 août 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser une allocation pour impotent de degré faible, aux motifs qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire et que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé. Par l'entremise de son représentant, l'assuré a présenté ses objections par courrier du 4 octobre 2021, demandant l'octroi d'une allocation pour impotent et subsidiairement de procéder à un complément d'instruction. Il a remis un rapport du 5 novembre 2021 du Dr L. \_\_\_\_\_ adressé à Me Duc. Ce médecin a confirmé l'analyse du Prof. A. \_\_\_\_\_ dans le sens de la persistance d'importantes séquelles du trouble crânio-cérébral subi en 2011, dont en particulier des troubles cognitifs et post-commotionnels invalidants. Selon le Dr L. \_\_\_\_\_, le syndrome exécutif ne se manifestait pas uniquement sur le plan comportemental (désinhibition, agressivité, irritabilité, etc.), mais également dans la gestion de tâches multiples, la (non) prise d'initiative, le non maintien/non achèvement des tâches débutées – ou alors avec peine et non sans digression, pauses, etc. –, la quasi absence de planification et/ou d'organisation. Après avoir passé en revue les propositions thérapeutiques formulées par le Prof. A. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que les déficits et limitations fonctionnelles sévères, y compris dans les activités quotidiennes, ne permettaient pas d'envisager une activité sur le premier marché du travail. Même une activité en atelier protégé semblait compromise, dans la mesure où l'assuré ne pouvait assurer un horaire régulier (fréquentes migraines le clouant au lit ainsi que des restrictions et séquelles dont l'intolérance au bruit, la saturation rapide puis l'irritabilité, etc). Par avis médical du 27 janvier 2022, le Dr V. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu l'absence d'éléments médicaux objectifs attestant d'une aggravation des troubles cognitifs alors que concernant les céphalées, le Dr L. \_\_\_\_\_ informait qu'une demande de prise en

charge du traitement suggéré par le Prof. A. \_\_\_\_\_ était en cours. Dans ce contexte, il convenait de demander des précisions au Prof. A. \_\_\_\_\_ sur les échelles de dépression utilisées et d'adresser une demande de rapport initial au psychiatre et au neurologue consultés par l'assuré. Dans un rapport du 8 février 2022 à l'OAI, la Dre Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, consultée à une seule reprise le 1<sup>er</sup> septembre 2021, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des migraines épisodiques à haute fréquence. Cette médecin n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Le 10 mai 2022, à l'invitation de l'OAI, l'enquêtrice à domicile a maintenu les conclusions de son rapport d'évaluation du 23 août 2021. Elle a précisé que ce rapport retenait un besoin d'aide pour l'acte 4.1.6 – Déplacement/Entretien des contacts sociaux, bien qu'il n'était admis que pour l'entretien des contacts sociaux. Elle a ajouté que quand bien même l'aide serait retenue pour les déplacements extérieurs, elle n'ouvrirait pas le droit à l'allocation d'impotence. Elle n'a pas retenu l'aide pour les déplacements extérieurs qui était irrégulière. Enfin, selon ses déclarations et celles de son épouse lors de l'évaluation, l'assuré ne nécessitait pas d'aide, même indirecte, pour gérer les tâches ménagères malgré les limitations évoquées par le Dr L. \_\_\_\_\_. Ce médecin attestait au demeurant de la capacité de l'assuré à accomplir des activités simples comme des soins personnels, ainsi que certaines tâches domestiques relativement brèves et/ou à un rythme ralenti. Questionnés à ce sujet, l'assuré et son épouse avaient confirmé que l'intéressé ne serait pas institutionnalisé s'il ne pouvait bénéficier de la présence et du soutien de sa femme. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2022, la Dre A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, assistée de la psychothérapeute déléguée O. \_\_\_\_\_, consultée depuis le 18 juin 2020, a diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent (F32.2). Selon la psychiatre traitante, l'assuré ne pouvait plus travailler dans l'activité qu'il exerçait auparavant en raison d'une capacité de concentration et d'attention insuffisante. Elle ne se prononçait toutefois pas sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une intolérance au bruit et à la lumière, des difficultés de concentration et de mémoire, une exécution des tâches ralentie par un besoin de vérification induit par les troubles mnésiques, des difficultés de gestion des émotions rendant le travail en équipe ou sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique très difficile. La Dre A. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'en l'absence de migraine, l'assuré n'était pas limité dans l'accomplissement des tâches du quotidien dans la mesure où celles-ci ne demandaient pas trop de concentration (dans ce cas, il pouvait avoir besoin de la supervision de son épouse). Malgré les objections formulées par l'assuré, l'OAI a, par décision du 12 août 2022, confirmé la teneur de son projet de décision du 31 août 2021. B. Par acte du 26 août 2022, P. \_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Il fait valoir une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'enquêtrice qui a réalisé l'évaluation économique sur le ménage en août 2021 ne lui a pas donné la possibilité de se déterminer sur son rapport. Il reproche ensuite à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical étant d'avis que son impotence serait établie. Ce faisant il oppose les avis du Prof. A. \_\_\_\_\_ ainsi que des Drs L. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ à l'évaluation d'août 2021. Il soutient avoir besoin d'être accompagné pour se rendre à l'extérieur de son domicile au vu des atteintes sur les plans neurologique et psychiatrique excluant l'utilisation des transports

publics. Il fait valoir de plus avoir indiqué à l'enquêtrice qu'en raison d'une importante fatigabilité, il ne peut conduire qu'un nombre réduit de kilomètres si bien que s'il conduit sur une courte distance à l'aller, c'est son épouse qui doit conduire pour le retour. Sur la base des avis des Drs L. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_, il se prévaut en particulier de l'accomplissement des tâches ménagères qui sont assumées exclusivement par son épouse. Il ajoute que c'est d'ailleurs cette dernière qui accomplit seule l'intégralité des tâches administratives du ménage tel que cela est mentionné dans le rapport d'enquête ménagère et confirmé par ses médecins ; le Dr L. \_\_\_\_\_ fait état d'une impossibilité à s'organiser alors que le Dr A. \_\_\_\_\_ rapporte des problèmes de mémoire et de concentration. Aux yeux du recourant, l'incapacité à pourvoir seul aux nécessités administratives de la vie courante exclut la possibilité pour lui de vivre de manière autonome. En outre, il rappelle souffrir d'une irritabilité et de troubles obsessionnels compulsifs qui rendent très difficile le maintien de contacts sociaux avec des tiers ; la médiation de son épouse lui serait nécessaire pour éviter qu'il ne se trouve dans une situation d'isolement social. Au vu de ses atteintes invalidantes à la santé, étayées par des rapports médicaux probants et concordants, à savoir son impossibilité d'assumer au quotidien de manière autonome les tâches courantes de la vie aux plans ménager et administratif, et le besoin de l'assistance de son épouse afin de ne pas se trouver en situation d'isolement social, le recourant estime avoir droit à une allocation pour impotent de degré faible en raison d'un besoin d'accompagnement régulier. Dans sa réponse du 15 septembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Après avoir écarté le grief formel invoqué il confirme l'appréciation effectuée par son enquêtrice à domicile sur l'absence de la nécessité d'une aide, même indirecte, pour gérer les tâches ménagères. Il rappelle ensuite que pour sa gestion administrative le recourant a la possibilité de demander la mise en place d'une curatelle si nécessaire. Enfin, l'isolement social ne peut être admis dès lors que l'intéressé vit avec son épouse et ses enfants. Le 28 septembre 2022, en réplique, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions. Il se plaint d'une interprétation de mauvaise foi de la part de l'OAI des rapports médicaux au dossier ; le Dr L. \_\_\_\_\_ conclut à une incapacité d'assurer d'autres activités domestiques que celles « relativement brèves et à un rythme très ralenti » ; la Dre A. \_\_\_\_\_ est d'avis qu'aucune tâche du quotidien ne peut être accomplie en cas de migraine. Le recourant est d'avis que la mise en place d'une curatelle pour la gestion administrative est inadéquate et inadmissible. Dans sa duplique du 11 octobre 2022, l'OAI a confirmé son point de vue en l'absence d'éléments susceptibles de remettre en question le bien-fondé de la décision querellée. Aux termes de déterminations complémentaires du 19 octobre 2022, le recourant a renoncé à s'exprimer sur la dernière écriture de l'OAI. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner à titre liminaire, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que l'enquêtrice ne lui aurait pas

donné la possibilité de se déterminer sur le contenu du rapport d'enquête à domicile du 23 août 2021 avant sa reddition. a) Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1; 142 II 218 consid. 2.3). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, en ce qui concerne les rapports d'enquête rédigés sur place - tels les rapports économiques sur le ménage ou ceux concernant l'intensité et la durée des soins à domicile -, le Tribunal fédéral a retenu que s'il serait en règle générale souhaitable qu'ils soient soumis à la personne assurée (ou à son représentant légal) pour lecture et approbation, il ne s'agit pas en soi d'une obligation stricte. Il suffit que le droit de l'assuré de consulter le dossier soit respecté et que lui soit donnée la possibilité de s'exprimer sur le résultat de l'enquête dans le cadre de la procédure relative à l'exercice de son droit d'être entendu (ATF 128 V 93 consid. 4 in fine ; TF 9C\_595/2013 et 9C\_646/2013 du 30 novembre 2013 consid. 6.3; I 175/01 du 4 septembre 2001 consid. 3). Un rapport d'enquête (à domicile) n'a donc pas à être soumis séance tenante à l'assuré pour lecture et approbation et il suffit, comme en l'espèce que la personne ait été mise en situation, durant la procédure administrative, de prendre connaissance dudit rapport, de s'exprimer par écrit à son sujet et d'accéder à la totalité du dossier (TF 9C\_119/2022 du 12 décembre 2022 consid. 4.2 et les références citées). b) Il n'y a en l'espèce aucune raison de croire que les observations retranscrites dans le rapport d'enquête ne correspondent pas aux déclarations faites au cours de l'entretien. Il faut constater en effet que l'enquête a eu lieu le 14 août 2021, avec l'assuré en présence de son épouse, par une spécialiste en la matière qui a rédigé son rapport le 23 août 2021 ; l'intéressé a ainsi pu donner toutes les précisions qui lui semblaient utiles sur le moment à son interlocutrice de l'OAI. Si tel n'est pas le cas, le recourant a du reste eu tout loisir, que ce soit tant en procédure administrative que dans le cadre de la procédure de recours, de faire ses remarques et objections. Il n'y a ainsi pas lieu de considérer que le droit d'être entendu du recourant a été violé. 3. Sur le fond, le litige porte sur le droit du recourant à une allocation pour impotence de degré faible. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, 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. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3). b) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un

accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 2020 ss de la Circulaire sur l'impotence (CSI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir et se coucher ; - manger ; - faire sa toilette (soins du corps) ; - aller aux toilettes ; - se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretenir les contacts sociaux). De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 2021 CSI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). 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). L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2016 à 2018 CSI). d) On ajoutera enfin que, conformément au principe général valant pour toute la loi sur l'assurance-invalidité, 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 (RCC 1989 p. 228 consid. 1c et les références citées ; Michel Valterio, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 7 ad art. 42 pp. 597 – 598). 4. a) 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). b) Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10 ; TF 9C\_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (cf. TF 9C\_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C\_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par-là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C\_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C\_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2). c) 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 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées). d) La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C\_688/2014 du 1<sup>er</sup> juin 2015 consid. 3.6 et les références citées). e) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit avoir pour but de permettre à la personne assurée de vivre chez elle de manière indépendante et d'éviter qu'elle ne soit complètement laissée à l'abandon et/ou ne doive être placée dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif (ch. 2085 CSI). On entend par là les exigences minimales nécessaires pour vivre de manière indépendante et éviter de devoir être placé dans un home. Il n'y a accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie que si la personne, compte tenu de l'obligation de collaborer et de réduire le dommage, n'est pas en mesure de prendre suffisamment soin d'elle-même, c'est-à-dire de se nourrir, de faire sa toilette, de s'habiller convenablement, d'entretenir un tant soit peu son logement, etc. Si cela n'est pas garanti, un placement en home est inévitable (ch. 2086 CSI). Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que la personne assurée, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placée en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI). f) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2). 5. a) Le juge des

assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c). c) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2). 6. a) En l'espèce, l'office intimé a rejeté la demande du recourant au motif que les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible n'étaient pas remplies. Suivant en particulier l'enquête à domicile réalisée le 14 août 2021 et son complément, une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire et l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé. De son côté, le recourant soutient avoir besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, en particulier pour accomplir les tâches domestiques et administratives ainsi que pour ne pas se retrouver en situation d'isolement social. b) aa) Sur le plan médical, il y a lieu de rappeler en premier lieu que le recourant a subi un traumatisme crânio-cérébral sur une chute de sa hauteur le 10 juillet 2011 avec une fracture occipitale paramédiane gauche, des troubles cognitifs (exécutifs, attentionnels, mnésiques, phasiques et ralentissement), des troubles post-commotionnels (vertiges, fatigue, hyposomnie, irritabilité, nervosité, phonophobie, photophobie, intolérance à la foule et trouble de la concentration). Il a présenté des troubles obsessionnels d'allure post-traumatique d'intensité moyenne, des migraines post-traumatiques aggravées par une composante médicamenteuse, des symptômes dépressifs réactionnels, et des insomnies chroniques. Selon l'expertise bidisciplinaire (psychiatrie et neurologie) R. \_\_\_\_\_ du 17 février 2017, le syndrome post-commotionnel sans lésion cérébrale avait cessé ses effets au-delà d'octobre 2012. Les experts ont notamment retenu le diagnostic de majoration de symptômes physique pour des raisons des raisons psychologiques (F68.0) depuis l'automne 2012. En l'absence d'atteinte à la santé invalidante au-delà d'octobre 2012, seule une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 31 janvier 2013, a été octroyée à l'assuré. bb) Dans le cas d'espèce, l'intimé a fondé la décision litigieuse essentiellement sur le rapport d'enquête à

domicile d'août 2021 et son complément. Au plan de la vie quotidienne et de l'organisation ménagère, l'enquêtrice mandatée par l'intimé a retenu que l'assuré n'a pas besoin d'une aide importante et régulière pour se vêtir et dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes et se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur), seule une aide pour entretenir des contacts sociaux lui étant nécessaire depuis juillet 2011. L'enquêtrice a constaté que l'intéressé peut converser, mais qu'il ne peut pas se concentrer si plusieurs personnes parlent entre elles. S'il y a trop de stimuli auditifs autour de lui, il perd son attention. Il ne gère plus aucune tâche administrative, mais peut aller lire ses mails et surfer un peu sur internet. Il lit encore, mais doit relire plusieurs fois la même page. Son épouse l'accompagne aux consultations médicales, car l'assuré ne peut pas lui redire précisément ce qui a été dit ensuite. C'est cette dernière qui fait tous les téléphones aux médecins ou autres, et qui agenda les rendez-vous, car l'assuré oublie systématiquement de le faire après avoir eu un téléphone avec son interlocuteur. Il peut écrire, mais il ne pourrait plus rédiger un courrier administratif. Il peut suivre une liste de courses, mais oublie fréquemment des articles. En page 4 de son rapport, contrairement à ce que semble en dire le recourant, l'enquêtrice a tenu compte du fait qu'il pouvait se déplacer de manière autonome dans sa ville ([...]), qu'il pouvait se rendre à la pharmacie et à la [...] pour y faire des petits achats courants. Il conduit encore avec son épouse à ses côtés ; s'il vont à Lausanne, il peut conduire à l'aller, mais pas au retour, en raison de la fatigue et des difficultés de concentration ainsi que d'attention. En outre, il pourrait emprunter les transports publics, mais il ne le fait pas car selon son état d'agressivité il craint de s'en prendre à quelqu'un. A la question de savoir si l'assuré avait durablement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice a répondu par la négative. Elle a indiqué que l'intéressé ne serait pas institutionnalisé sans la présence de son entourage. Il gère les horaires de la journée sans aide, sait si on est le matin ou l'après-midi, peut lire l'heure. Par contre, il ne connaît pas la date. Il peut toutefois la retrouver facilement en regardant sur son téléphone. L'assuré peut cuisiner des recettes simples et habituelles (pâtes, omelettes, salade, sandwich, etc.). Par contre, il ne pourrait pas suivre une recette dans un livre de cuisine. Il se met une alarme sur son téléphone pour les temps de cuisson et pour ne rien oublier sur le feu ou dans le four. L'assuré participe aux tâches ménagères, sans stimulation particulière. Par contre, il se distrait facilement et peut interrompre ce qu'il était en train de faire pour passer à une autre activité. Il se rend compte plus tard qu'il n'a pas fini sa tâche. Sur question de l'enquêtrice, l'assuré estime que s'il vivait seul, il penserait à faire le ménage et la lessive. L'administratif et les paiements sont totalement gérés par l'épouse. L'assuré peut consulter ses mails. Après un téléphone, il oublie d'agender les rendez-vous, raison pour laquelle c'est son épouse qui s'occupe des téléphones administratifs, ou avec les médecins. Enfin, l'assuré gère de manière totalement autonome la prise de son traitement de manière quotidienne, selon une routine. En l'absence de griefs formulés par le recourant au sujet de son contenu, le rapport d'évaluation de l'impotence, et son complément, satisfait également aux réquisits jurisprudentiels : l'enquête a été faite au domicile du recourant par une personne qualifiée, qui avait une pleine connaissance de la situation de l'assuré, de son environnement et de ses limitations fonctionnelles. L'enquêtrice a tenu compte des indications de l'intéressé et son épouse, qu'elle a clairement consignées dans son rapport et qui sont en adéquation avec les constats effectués durant l'enquête ainsi que l'état de santé médicale. Elle a tiré de son enquête sur place des conclusions motivées et convaincantes de sorte que son rapport peut donc se voir reconnaître une pleine force probante (cf. consid. 5c

supra). c) Le dossier en mains du tribunal ne contient aucun élément susceptible de remettre sérieusement en cause les conclusions de l'enquêtrice de l'OAI, selon lesquelles le recourant n'a pas besoin d'un accompagnement régulier et durable pour faire face aux nécessités de la vie. En particulier, les moyens soulevés par l'intéressé à l'appui de son recours ne suffisent pas à conduire à une solution différente de celle retenue par l'intimé. Selon le formulaire de demande d'allocation pour impotent AI (pièce 234) ainsi que l'avis médical joint (rapport du 20 juillet 2020 du Dr L. \_\_\_\_\_ [pièce 241]), il est mentionné un besoin d'aide qui existerait depuis 2011, en raison de symptômes persistants du syndrome post-commotionnel (fatigabilité, hypersomnie, céphalées presque quotidiennes, irritabilité, difficulté à débiter et/ou mener à bien une quelconque tâche, ralentissement dans toutes les activités, etc.). Or, la Cour de céans (CASSO AI 271/17 – 186/2018 du 24 juin 2019 consid. 6b) et le Tribunal fédéral (TF 9C\_554/2019 du 21 avril 2020 consid. 5.3 – 5.6) ont déjà largement expliqué pour quels motifs aucun effet invalidant ne pouvait être retenu de ce syndrome au-delà d'octobre 2012. Dans son rapport du 20 juillet 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé du recourant en indiquant un pronostic stationnaire. Il se réfère uniquement au traumatisme crânio-cérébral du 10 juillet 2011 qui n'a toutefois aucun effet invalidant depuis octobre 2012. Aux termes de son rapport du 2 juillet 2021, le Prof. A. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics de migraines post-traumatiques aggravées par une composante médicamenteuse, de syndrome post-commotionnel aggravé par des troubles obsessionnels, d'allure post-traumatique, d'intensité moyenne, de symptômes dépressifs réactionnels à évaluer par ses collègues psychiatres, et d'insomnie chronique. Les diagnostics nouveaux n'empêchent toutefois pas le recourant d'effectuer les activités relevées dans ce même rapport (préparer son déjeuner, sortir de chez lui pour chercher son courrier à la poste de [...] à un kilomètre, checker ses mails pendant vingt minutes, cuisiner et aider aux devoirs des enfants de temps en temps). Ces éléments établissent que l'assuré continue à être indépendant et ne nécessite pas d'aide pour accomplir les activités de la vie. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi les processus de rangement et de vérification imposeraient un besoin d'aide régulier et important pour réaliser les différents actes de la vie. Il en va de même pour ce qui concerne les difficultés signalées par l'épouse à savoir que l'assuré aurait de la peine à s'impliquer dans les activités de la vie quotidienne, comme les factures, les prises de rendez-vous ou les téléphones, les problèmes pour intégrer l'ensemble d'une conversation et de mémoire, les difficultés pour chercher trois ou quatre articles dans un magasin sans une liste précise ou encore pour la planification de quelques vacances. Le Prof. A. \_\_\_\_\_ indique que le tableau clinique est assez important et sévère, caractérisé par une fatigue ainsi que des troubles attentionnels post-traumatiques d'intensité moyenne. Il est d'avis que ces atteintes à la santé sont légèrement aggravées depuis 2015. En page 3 de son rapport, il expose en quoi consiste cette légère aggravation (migraines post-traumatiques avec maintenant une composante médicamenteuse et des troubles de vérification qui ont nettement augmentés ainsi qu'une fatigue associée à des troubles du sommeil). Ce spécialiste estime notamment que le recourant serait en mesure de travailler dans une activité en milieu protégé. Le Prof. A. \_\_\_\_\_ ne dit à aucun moment que le recourant serait incapable de vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'un tiers. Le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 5 novembre 2021 ne fait état que de généralités et se limite à affirmer que le syndrome exécutif ne se manifeste pas uniquement sur le plan comportemental (désinhibition, agressivité, irritabilité, etc.), mais également dans la gestion de tâches multiples, la (non) prise d'initiative, le non maintien/non achèvement des tâches débutées ou alors avec peine et non sans digression, pauses, et la quasi absence de

planification et/ou d'organisation sans aide. L'avis de ce médecin ne permet pas une appréciation différente de celle de l'enquêtrice laquelle a examiné les compétences du recourant de manière plus détaillée. Un avis médical aussi général et non circonstancié, ni objectivé ne saurait jeter le doute sur les constatations et les conclusions de l'enquête à domicile. Par ailleurs, le fait que l'assuré doive prendre plus de temps pour accomplir certains actes de la vie quotidienne ne justifie pas encore l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4). Dans son très bref rapport du 8 février 2022, la nouvelle spécialiste en neurologie (la Dre Y. \_\_\_\_\_), qui a vu l'assuré à une seule reprise le 1<sup>er</sup> septembre 2021, a posé le diagnostic incapacitant de migraines épisodiques à haute fréquence. Elle n'a toutefois notamment pas été en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré après une seule consultation, ce qui n'est pas contributif de toute manière. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2022, la psychiatre traitante (la Dre A. \_\_\_\_\_), qui suit l'assuré depuis le 18 juin 2020, diagnostique, avec incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent (F32.2). Elle ne se prononce pas sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre A. \_\_\_\_\_ indique que si l'intéressé souffre de migraines accompagnées de photophobie et d'une intolérance au bruit cela l'empêche de travailler dans un environnement bruyant ou trop fortement éclairé, que ses difficultés de concentration et de mémoire le limitent également car il ne peut pas soutenir un effort mental plus d'une vingtaine de minutes, que l'exécution des tâches est ralentie par son besoin de vérification induit par ses troubles mnésiques (stratégie de compensation), et que le travail en équipe ou sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique seraient très difficiles compte tenu des difficultés de gestion des émotions qui représentent un écueil important. Les restrictions fonctionnelles listées par la psychiatre traitante n'empêchent pas le recourant de faire face aux nécessités de la vie sans aide importante et régulière. On ne voit pas quel acte de la vie quotidienne requerrait une concentration si élevée que le recourant ne serait pas en mesure de l'exécuter ; du reste, en cas de fortes migraines, l'intéressé peut reporter les actes en question ou cas échéant, requérir l'aide exigible de ses proches (son épouse et leurs enfants). d) Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de retenir que le recourant nécessite l'aide d'une tierce personne pour tenir son ménage dans une mesure suffisamment importante pour donner lieu à une allocation sur la base de l'art. 38 al. 1 let. a RAI en tant que moyen permettant à l'assuré de gérer lui-même sa vie quotidienne. Dès lors qu'il conserve la capacité de faire ses courses, il ne peut pas non plus prétendre à un accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. b RAI. Enfin, contrairement à ce qu'il soutient, il n'y a pas lieu de penser que le recourant est confronté actuellement à un risque important et durable d'isolement social au sens de l'art. 38 al. 1 let. c RAI. Comme l'observe à raison l'intimé dans sa réponse du 15 septembre 2022, il n'y a pas lieu de parler d'isolement dès lors que l'assuré vit avec sa femme et leurs enfants (ch. 2109 CSI). e) On ne saurait donc retenir que le recourant n'est plus en mesure, en raison de ses atteintes à la santé, de vivre de manière indépendante et que, partant, il serait contraint de résider dans un établissement médico-social. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas établie et qu'il a refusé de lui octroyer une allocation pour impotence de degré faible, les conditions de l'art. 38 al. 1 RAI n'étant pas réunies. f) Pour être complet, on observera que ni le besoin d'aide uniquement durant les migraines, ni le fait d'accomplir certains actes plus lentement ne justifient le besoin d'aide régulière et importante. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui

de manière autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine, voire uniquement à certains moments, ne signifie pas qu'il devrait être placé dans un home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI). Enfin, il n'y a rien de choquant à rappeler au recourant la possibilité de demander une curatelle qui est une mesure prévue notamment pour les personnes ayant besoin d'aide dans leur gestion administrative en raison d'une atteinte à la santé. L'aide apportée par un curateur dans le cadre de ses obligations en matière de droit de la protection des adultes (assistance personnelle, gestion du patrimoine, représentation dans les rapports juridiques) ne constitue pas un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2110). Cela étant, cette mesure est subsidiaire à l'aide que les proches de l'intéressé pourraient lui apporter (art. 389 al. 1 ch. 1 CC) ; or en l'espèce, non seulement il n'est pas établi que son état de santé ne permet pas au recourant d'assurer la gestion de ses affaires administratives, ou du moins une partie (il est capable de faire les devoirs de calculs avec les enfants et de checker ses mails [rapport de consultation du 2 juillet 2021 du Prof. A. \_\_\_\_\_, pp. 1 - 2), mais en plus son épouse est en mesure de lui apporter cette aide. 7. a) Manifestement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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 prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 12 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'P.\_\_\_\_\_. 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 Jean-Michel Duc (pour P.\_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.