

## **VD\_GERICHTE ZD13.009176 vom 21. März 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.009176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.009176)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.009176 du 21 mars 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD13.009176 del 21 marzo 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 24**

marches en 2 minutes 15. Il a réalisé cette activité à l'aide de deux cannes, l'apparition des douleurs aux rotules (6/10 sur une échelle visuelle analogique)[,] les décharges électriques dans le MID, ainsi que des douleurs diffuses au moignon et dans le bas du dos (10/10) le contraignant à stopper le test. Il est également limité par le poids de la prothèse, les troubles de l'équilibre et l'endurance. Port de charge : • Sol-Taille : Monsieur Y.\_\_\_\_\_ a un constant besoin d'appui stable. Il lui est donc impossible de réaliser cette activité sans prothèse. L'accès en zone basse est limité par les douleurs et au peu de stabilité dû à la prothèse. Pour ce test, nous n'avons pas utilisé plus de 1.5 kg. • Porter devant à deux mains sur une distance de 15 mètres : Il est impossible de porter un objet à deux mains et de se déplacer. • Porter main droite sur une distance de 15 mètres : Le patient doit utiliser la musculature accessoire dès 2.5 kg et le maximum qu'il peut rarement porter est 5 kg. A partir de ce poids, on observe une augmentation de la boiterie, ainsi que des compensations du tronc. • Porter main gauche sur une distance de 15 mètres : Nous avons les mêmes constatations que pour le porter avec la main droite,

- 15 - soit une augmentation de la boiterie, ainsi que des compensations du tronc dès 5 kg. Postures et mobilité : • S'accroupir à plusieurs reprises : Il est impossible pour le patient, car risque de chute important avec et sans prothèse. Tirer et pousser un caddy : • Pousser dynamique (20 kg sur 9 mètres) : Impossible à réaliser sans prothèse. Avec la prothèse, on observe une importante boiterie, ainsi que des compensations. Limité par les douleurs lombaires dues au port de la prothèse. • Tirer dynamique (20 kg sur 9 mètres) : Impossible à réaliser car risque de chute important. En ce qui concerne la manipulation et la préhension d'objets fins, Monsieur Y.\_\_\_\_\_ réalise de bonnes performances. La force de préhension est dans les normes. Cette évaluation nous permet de conclure : • Les déplacements avec deux cannes et une charge portée dans une main entraînent perte d'équilibre avec risque de chute majeur. • En statique, les accès en zones basse et haute sont pe[u] stables et nécessitent la prise constante d'un appui. • Le port de charge avec la prothèse est limité par les douleurs lombaires, ainsi que la fatigue musculaire. Monsieur Y.\_\_\_\_\_ relève que la prothèse est lourde, inconfortable, peu fonctionnelle et occasionne régulièrement des chutes. Lors de l'évaluation, les accès en zones basse et haute sont précaires, des compensations sont rapidement visibles, des appuis stables sont nécessaires lors de différents items de port de charge. Les déplacements avec une charge portée dans une main entraînent une importante perte d'équilibre avec risque de chute majeur. Suite à l'évaluation des capacités fonctionnelles, il est mis en évidence que Monsieur Y.\_\_\_\_\_ a besoin d'une aide pour accomplir certains actes ordinaires de la vie quotidienne. En effet, nous avons mis en évidence un besoin d'aide dans les activités de toilette et d'habillage, notamment dans la gestion du rangement, de la mise à disposition des

vêtements et des moyens auxiliaires. [...]” Par acte du 4 juin 2013, l’intimé a déclaré renoncer à dupliquer. E n d r o i t :

- 16 - 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s’appliquent à l’AI (cf. art. 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 en matière d’assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu’il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l’espèce, est litigieux le point de savoir si le recourant a droit à une allocation pour impotent.

- 17 - 3. a) Aux termes de l’art. 1 al. 1 phr. 1 de l’arrêté fédéral du 4 octobre 1962 concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l’assurance-vieillesse et survivants et dans l’assurance-invalidité (RS 831.131.11), les réfugiés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit aux rentes ordinaires de l’assurance-vieillesse et survivants, ainsi qu’aux rentes ordinaires et aux allocations pour impotents de l’assurance-invalidité aux mêmes conditions que les ressortissants suisses. Selon l’art. 42 al.1 LAI, ont droit à une allocation pour impotent les assurés impotents (cf. art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (cf. art. 13 LPGA) en Suisse ; l’art 42 bis LAI – qui prévoit des conditions particulières applicables aux mineurs – est réservé. Dans le cas particulier, il n’est pas contesté que l’assuré satisfait aux conditions d’assurance posées à l’art. 42 al. 1 LAI. b) 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 (cf. art. 9 LPGA). L’art 42 al. 2 LAI prévoit trois degrés d’impotence (grave, moyenne ou faible), détaillés à l’art. 37 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l’assurance-invalidité ; RS 831.201). L’art. 37 al. 1 RAI énonce 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. A teneur de l’art. 37 al. 2 RAI, l’impotence est moyenne si l’assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : - d’une aide régulière et importante d’autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;

- 18 - 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'impotence est faible en revanche si, conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, 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). c) Selon une jurisprudence constante (cf. ATF 127 V 94 consid. 3c et 125 V 297 consid. 4a avec les références), les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art. 9 LPGA comprennent les six actes ordinaires suivants : - se vêtir et se dévêtir ; - se lever, s'asseoir, 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.

- 19 - Lorsque ces actes ordinaires comprennent plusieurs fonctions partielles, il n'est pas nécessaire que l'assuré ait besoin d'assistance pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien plutôt qu'il soit dépendant de l'aide directe ou indirecte d'un tiers, donnée régulièrement et dans une mesure importante, pour une seule de ces fonctions partielles (cf. ATF 117 V 146 consid. 3b ; cf. VSI 1996 p. 182 consid. 3c). L'aide est réputée régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour ; c'est par exemple le cas 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 (cf. ch. 8025 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable au 1er janvier 2013 ; cf. RCC 1986 p. 510). L'aide est réputée importante notamment lorsque la personne assurée ne peut pas accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie, qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (cf. ch. 8026 CIIAI ; cf. Pratique VSI 1996 p. 182 ; cf. RCC 1981 p. 364 et RCC 1979 p. 272). Toutefois, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas à justifier l'existence d'un cas d'impotence (cf. TFA I 294/00 du 15 décembre 2000 consid. 4f avec les références ; cf. ch. 8013 CIIAI). Pour satisfaire à son obligation de réduire son dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2, 113 V 22 consid. 4 et 109 V 25 consid. 3c), l'assuré est tenu de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour diminuer les effets négatifs de son atteinte à la santé et maintenir son autonomie, faute de quoi, on ne pourra tenir compte de l'aide dont il a besoin lors de l'évaluation de son impotence (cf. RCC 1989 p. 228 et 1986 p. 507). d) Par ailleurs, l'art. 42 al 3 LAI mentionne qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison

- 20 - d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (phr. 1) ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (phr. 3). A cet égard, l'art. 38 al. 1 RAI précise que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une

institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : - vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou - éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). L'accompagnement en cause 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 (cf. ATF 133 V 450 ; cf. TF 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2 et 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2) afin d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (cf. ch. 8045 CIIAI). Dans l'éventualité prévue à l'art. 38 al. 1 let. a RAI, 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), tenir

- 21 - son ménage (instructions et surveillance/contrôle) (cf. ATF 133 V 450). Le Tribunal fédéral a précisé que l'accompagnement s'étend aux travaux ménagers (cuisine, courses, lessive et ménage) dans la mesure où ceux-ci ne font pas partie des actes ordinaires et que 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 (cf. TF 9C\_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2 et 4.3; cf. ATF 133 V 450 consid. 6.2 et 10). Dans l'éventualité prévue à l'art. 38 al. 1 let. b RAI (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 (cf. TF 9C\_28/2008 précité consid. 3). Selon le chiffre marginal 8053 CIIAI, 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 (cf. ATF 133 V 450 consid. 6.2 ; cf. TF 9C\_432/2012 et 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1). 4. 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 ou 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 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

- 22 - 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 (cf. ATF 125 V

351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c). c) Le Tribunal fédéral a développé plusieurs critères relatifs à la valeur probante des enquêtes réalisées afin de déterminer l'impotence des assurés. Il a ainsi relevé qu'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 y a en outre lieu de tenir compte des indications de la personne qui procure l'aide 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 actes ordinaires de la vie et les éléments ayant trait à la surveillance personnelle permanente et aux soins, 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 (cf. ATF 130 V 61 consid. 6.2). Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (cf. TF 9C\_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2264 p. 610). 5. Dans le cas particulier, l'intimé s'est fondé sur les indications résultant du rapport de l'enquêtrice R.\_\_\_\_\_ du 14 août 2012 pour retenir que l'assuré ne pouvait prétendre à une allocation pour impotent,

- 23 - dans la mesure où il n'avait pas besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne et ne requerrait pas un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le recourant, de son côté, a contesté cette appréciation aux motifs que son impotence était à tout le moins de degré faible et que l'OA avait insuffisamment instruit le dossier sur les plans médical et familial. Quels que soient les avis respectifs des parties concernant l'étendue du droit à une allocation pour impotent, il apparaît toutefois que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état du dossier, en l'absence d'une évaluation de l'impotence répondant aux critères jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 4c supra). a) En effet, à l'examen du rapport d'enquête du 14 août 2012 (ch. 5), on constate que l'enquêtrice R.\_\_\_\_\_ a formulé certaines réserves quant à la portée de ses observations. Elle a relevé que les limitations physiques et psychiques n'étaient pas clairement détaillées, que certains éléments pouvaient ainsi manquer de précision et qu'un avis SMR permettrait probablement de décrire les limitations et de faire ou non le lien avec la situation observée lors de l'enquête. Il est vrai que, le dossier de la cause ne contenant pas la moindre référence à une atteinte psychique, aucune limitation ne saurait être retenue sur ce plan, quoi qu'en dise l'enquêtrice. S'agissant en revanche de l'aspect somatique, les doutes émis par cette dernière sont fondés et lourds de conséquences. A cet égard, il est constant que l'assuré est amputé de la jambe droite à mi-cuisse et se déplace à l'aide de béquilles ou d'une prothèse ; en outre, il souffre de douleurs au niveau de la jambe gauche et du dos et présente un syndrome d'apnées du sommeil traité au moyen d'un appareil CPAP, appareillage ayant également un effet bénéfique sur les troubles de la vigilance et de la mémoire ainsi que la fatigue constatés chez l'intéressé (cf. rapports de la Dresse P.\_\_\_\_\_ [26 mars 2012 et 10 octobre 2006], du Dr J.\_\_\_\_\_ [10 janvier 2012], de la

Dresse V. \_\_\_\_\_ [du 30 juin 2011] et du Dr T. \_\_\_\_\_ [20 décembre

- 24 - 2005]). Il apparaît néanmoins qu'au moment de l'enquête sur l'évaluation de l'impotence le 13 août 2012, les empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux précités – dont la connaissance par la personne en charge de l'instruction est nécessaire pour admettre la valeur probante d'un rapport d'enquête, conformément à la jurisprudence mentionnée plus haut (cf. consid. 4c supra) – n'avaient fait l'objet d'aucune appréciation médicale spécifique. En particulier, dans son rapport du 26 mars 2012, la Dresse P. \_\_\_\_\_ s'est contentée d'affirmer lapidairement que les indications sur l'impotence figurant dans le formulaire du 13 septembre 2011 correspondaient à ses observations, mais s'est en revanche abstenue de décrire clairement les restrictions présentées par l'assuré bien qu'expressément interpellée sur ce point par l'OAI (cf. ch. 6 du formulaire soumis par l'office). Or, force est d'admettre qu'en l'absence de limitations fonctionnelles clairement établies, on ne saurait sérieusement évaluer le besoin d'assistance d'un assuré pour les actes élémentaires de la vie quotidienne (cf. art. 9 LPG), raison pour laquelle ce critère figure parmi les exigences jurisprudentielles susmentionnées en matière de valeur probante. Au cas d'espèce, de tels renseignements auraient du reste permis de prendre position sur l'aggravation du risque de chutes et des troubles de mémoire rapportée par l'assuré lors de sa demande de prestations du 13 septembre 2011 et invoquée à l'appui de son recours du 4 mars 2013 (p. 9). Cela étant, n'ayant pour le surplus été informée que des limitations fonctionnelles mentionnées en cours d'entretien par le recourant et son fils (cf. rapport d'enquête du 14 août 2012 ch. 2.2), on comprend donc que l'enquêtrice ait émis des réserves sur le sujet et estimé judicieux de requérir l'avis du SMR, mesure à laquelle l'OAI s'est pourtant abstenu de procéder. On retiendra donc que faute de connaître les empêchements et handicaps résultant objectivement des atteintes de l'assuré, l'enquêtrice n'a pas pu évaluer avec précision l'assistance requise par ce dernier, de sorte que le rapport d'enquête du 14 août 2012 ne saurait se voir reconnaître valeur probante. Cette problématique s'illustre notamment en ce qui concerne l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, dont trois sont plus spécifiquement disputés en l'espèce. S'agissant de l'acte « se vêtir / se

- 25 - dévêtir », on peut certes attendre d'un assuré amputé d'une jambe qu'il range ses vêtements de manière à pouvoir les saisir sans l'aide d'autrui, conformément à son obligation de réduire le dommage (cf. consid. 3c supra), le recourant ne démontrant au demeurant pas que la configuration de son appartement ferait obstacle à une telle exigence. Pour le reste, la Cour de céans ne peut se prononcer plus avant eu égard à l'insuffisance des données relatives aux restrictions concrètement présentées par le recourant. En particulier, l'enquêtrice a tenu compte de douleurs dorsales pour l'acte « se baigner / se doucher », indiquant qu'une aide était parfois nécessaire lors d'épisodes de maux de dos (cf. rapport d'enquête du 14 août 2012 ch. 4.1.4 [aucune aide n'ayant été retenue pour le lavage du dos, contrairement à ce qui figure dans la réponse de l'intimée du 16 avril 2013 p. 2]). Elle est néanmoins demeurée évasive sur la fréquence (« parfois ») ou le type d'aide en question – et pour cause, en l'absence de données objectives concernant l'impact concret d'une telle symptomatologie, ainsi qu'exposé ci-dessus. De surcroît, elle a souligné que les épisodes de maux de dos étaient irréguliers mais pouvaient durer jusqu'à plusieurs semaines voire plusieurs mois et augmenter de manière importante les limitations (cf. rapport d'enquête du 14 août 2012 ch. 5), ce qui ne fait qu'ajouter à la confusion. D'une part, de tels éléments semblent évoquer une limitation susceptible d'entraver l'autonomie de l'assuré de manière

conséquente dans des actes de la vie quotidienne autres que ceux liés à la toilette. D'autre part, ces indications ne permettent pas de préjuger de la fréquence des épisodes douloureux, étant rappelé que des crises se produisant seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour peuvent être considérées comme régulières (cf. ch. 8025 CIIAI et consid 3c supra). On notera également que l'enquêtrice a avoué s'être trouvée en butte à des difficultés pour décrire les limitations au niveau des déplacements (cf. rapport d'enquête du 14 août 2012 ch. 2.2) – ne disposant de fait d'aucun avis médical signalant des restrictions claires sur ce plan – et que de telles circonstances ne peuvent qu'inciter à une certaine retenue s'agissant du besoin d'aide décrit pour l'acte « se déplacer », à savoir un risque de chute lors de l'utilisation des cannes sur un sol enneigé ou recouvert de feuilles (cf. rapport du 14 août 2012 ch.

- 26 - 4.1.6). Enfin, rien au dossier ne permet de déterminer dans quelle mesure les problèmes de mémoire évoqués pour l'acte « entretenir des contacts sociaux » peuvent être rattachés à des limitations fonctionnelles concrètes. Ces éléments témoignent par conséquent de l'imprécision émaillant le rapport d'enquête du 14 août 2012, établi sur la base d'un dossier dépourvu d'indications objectives concernant les restrictions présentées par l'assuré du fait de ses atteintes à la santé. C'est en outre le lieu de relever que lorsqu'il s'agit d'examiner le besoin d'aide pour chacun des actes ordinaires de la vie, il ne doit être tenu compte de moyens auxiliaires que dans la mesure où ils sont effectivement pris en charge par l'AI (cf. Valterio, op. cit., n° 2283 p. 614). Néanmoins, bien que l'expression « même avec des moyens auxiliaires » de l'art. 37 RAI ne se rapporte qu'aux moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-invalidité (cf. ATF 117 V 146 consid. 2a/aa et bb ; cf. également TF 8C\_674/2007 du 6 mars 2008 consid. 7.2), il est néanmoins exigible de l'assuré qu'il assume lui-même certains moyens auxiliaires moins onéreux ou certains aménagements, conformément à son obligation de diminuer le dommage (cf. TF I 639/06 du 5 janvier 2007 consid. 4.1 ; cf. RCC 1989 p. 228, consid. 2b p. 230 s.). Au cas d'espèce, on rappellera que l'OAI a refusé le 29 mai 2007 de prendre en charge la prothèse de l'assuré, devisée alors à plusieurs milliers de francs. A l'aune des règles susmentionnées, il ne peut donc être tenu compte de cette prothèse dans le présent contexte. A l'inverse, rien n'empêche de prendre en considération les cannes utilisées par l'assuré même si celles-ci ne constituent pas des moyens auxiliaires de l'AI, compte tenu du caractère généralement moins dispendieux de tels articles. Or, quand bien même le rapport d'enquête du 14 août 2012 évoque – sans les préciser – des limitations différentes avec ou sans prothèse (cf. ch. 2.2), il ne permet toutefois pas de déterminer clairement le besoin d'assistance nécessité par l'assuré en cas d'utilisation de ses seules cannes et à l'exclusion de sa prothèse. Ajoutée à l'insuffisance des informations transmises à l'enquêtrice quant aux empêchements et handicaps du recourant, une telle carence contribue à relativiser la portée du rapport d'enquête précité.

- 27 - L'enquêtrice R. \_\_\_\_\_ s'est par ailleurs prononcée de façon équivoque sur plusieurs des postes relatifs à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En effet, s'agissant plus particulièrement de l'assistance requise pour pouvoir vivre de manière indépendante, il appert que l'enquêtrice a chiffré le temps nécessaire à l'exécution de diverses activités du quotidien réparties entre les membres de la famille de l'assuré, indépendamment du point de savoir si ce dernier était ou pas en mesure d'y prendre part (cf. rapport d'enquête du 14 août 2012 ch. 4.2.1). Notamment, elle a indiqué que l'intéressé préparait des repas simples, pouvait peler ou couper des légumes et gérer le lavage /

l'essuyage de la vaisselle, mais a malgré tout retenu pour ce poste un besoin d'aide à concurrence de 9 heures par semaine, dont on peine à comprendre la justification. A l'inverse, pour la gestion du stock alimentaire et de la lessive, l'enquêtrice a fait état d'un besoin d'aide de 2 heures et 20 minutes par semaine au total, tout en indiquant que ces activités étaient effectuées par l'épouse et sans préciser si l'intéressé était ou pas capable de s'en charger. Quoiqu'il en soit, l'enquêtrice n'ayant de son propre aveu pas pu appréhender clairement les limitations du recourant, ses conclusions sont de toute manière sujettes à caution en ce qui concerne le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, qu'elle a fixé à 14 heures et 50 minutes par semaine. On relèvera pour le surplus que si l'OAI s'est écarté des conclusions de l'enquêtrice sur ce point, il a néanmoins retenu de manière arbitraire, sans chercher à lever les imprécisions se dégageant du rapport du 14 août 2012, que le recourant n'avait aucun problème pour gérer et organiser ses journées et ses activités (cf. lettre explicative du 30 janvier 2013 p. 1), ce qui n'est pas non plus acceptable. Pour l'ensemble de ces motifs, il y a donc lieu de considérer que le rapport d'enquête du 14 août 2012, qui repose sur des bases incomplètes et comporte des indications imprécises, ne répond pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. b) Figure par ailleurs au dossier un rapport établi par la Dresse V. \_\_\_\_\_ le 25 mars 2013, produit en cours d'instance et concernant les

- 28 - « capacités fonctionnelles » du recourant. Peu importe que ce rapport ait été rédigé presque deux mois après la décision entreprise, dès lors que si la légalité des décisions attaquées doit en règle générale être examinée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références), les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4; cf. TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1). Cela dit, force est de constater que le rapport en question, s'il décrit les différentes restrictions rencontrées par l'assuré avec ou sans prothèse de la jambe droite, élude en revanche la question d'éventuelles limitations découlant du syndrome d'apnée du sommeil diagnostiqué en 2011 (dans un contexte de fatigue ainsi que de troubles de la vigilance et de la mémoire), de sorte qu'il s'avère incomplet. On rappellera en outre que la prothèse de la jambe droite n'est pas prise en charge par l'AI et qu'il convient donc d'en faire abstraction pour examiner le besoin d'aide pour chacun des actes ordinaires de la vie (cf. consid. 5a supra). Par ailleurs et surtout, on ne peut suivre la Dresse V. \_\_\_\_\_ quant à l'impact des troubles du recourant sur les actes élémentaires de la vie dès lors que cette praticienne se limite à mentionner lapidairement, sans aucune explication, un besoin d'aide pour « les activités de toilette et d'habillage, notamment dans la gestion du rangement, de la mise à disposition des vêtements et des moyens auxiliaires » (cf. rapport du 25 mars 2013 p. 2), appréciation à laquelle la Cour de céans ne saurait se rallier faute d'une quelconque motivation. c) En définitive, il apparaît que le Tribunal ne dispose pas des éléments objectifs nécessaires pour statuer en toute connaissance de cause sur le droit de l'assuré à une allocation pour impotent. Il ne saurait dès lors confirmer la décision querellée, ni donner suite aux conclusions du recourant visant à la constatation de son droit à une allocation pour impotence au moins de degré faible.

- 29 - Tout au plus soulignera-t-on encore, par surabondance, que c'est en vain que le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir instruit plus avant les conséquences de

l'éclatement de sa cellule familiale. La séparation de l'assuré et de son épouse n'avait en effet pas à être prise en compte dans la présente affaire, puisqu'elle n'était toujours pas intervenue à la date déterminante de la décision entreprise (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références), l'intéressé ayant indiqué dans son mémoire de recours qu'il était prévu « dans un proche avenir » qu'il ne vive plus qu'avec son fils aîné (cf. mémoire de recours du 4 mars 2013 p. 8). 6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). b) Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction en interpellant les médecins traitants du recourant en vue de définir les empêchements et handicaps découlant des atteintes à la santé de ce dernier, respectivement procède à toute mesure d'instruction utile en vue d'obtenir ces indications, puis mette en œuvre une nouvelle enquête domiciliaire visant à évaluer l'impotence de l'intéressé en pleine connaissance du dossier, conformément à la jurisprudence fédérale en la

- 30 - matière (cf. consid. 4c supra). Il incombera ensuite à l'office intimé de rendre une nouvelle décision à l'égard de l'assuré. c) Vu l'issue du litige, la Cour peut s'abstenir de se prononcer sur les autres griefs soulevés dans le cadre de la présente affaire. 7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. 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 (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). L'OAI succombant, des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à sa charge. Le recourant, qui a obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens réduits d'un montant de 1'000 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre.

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