

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 juin 2016

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Röthenbacher, juge et M. Perdrix, juge assesseur  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

**O.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1956, travaille en qualité d'esthéticienne indépendante à [...]. Elle a été victime en 1979 d'un accident de la circulation, et est atteinte depuis lors d'une gonarthrose post-traumatique du genou droite. L'assurée souffre par ailleurs d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, d'une fibromyalgie, de cervico-lombalgies sur des épisodes de hernies discales, de problèmes de vue (kératocône bilatéral, myopie élevée et astigmatisme) ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Elle a notamment subi une ostéotomie tibiale à droite en 1993, une arthroplastie du genou droit en février 2008, un toilettage arthroscopique de l'épaule droite, avec ténotomie du long chef du biceps le 8 avril 2009 ainsi qu'une greffe de la cornée à l'œil gauche en 2012.

Elle est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 70% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2001, puis de 100% dès le 15 juin 2012.

Le 3 août 2012, l'assurée a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après l'OAI ou l'intimé) une demande d'allocation pour personnes impotentes, indiquant avoir besoin d'une aide pour se vêtir/se dévêtir (enfiler des collants, enlever les vêtements par la tête, monter-descendre une fermeture éclair), pour les soins corporels (se laver les cheveux) et pour se déplacer à l'extérieur. Elle a indiqué par ailleurs avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, précisant que depuis le mois de février 2008, son époux, sa fille ainsi que le Centre médico-social de [...] (ci-après : le CMS) l'aidaient pour la préparation des repas, le ménage, le repassage, les commissions ainsi que pour la gestion administrative de ses affaires. Elle a produit en annexe à sa demande un certificat médical du 9 juillet 2012 établi par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie et médecin à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, attestant de son handicap visuel.

Le 18 septembre 2012, l'assurée a requis la prise en charge de moyens auxiliaires, en lien avec ses limitations visuelles. L'OAI a donné suite à cette demande par la prise en charge de lunettes à verres filtrants (communication du 15 octobre 2012).

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'allocation, une enquête a été réalisée le 8 janvier 2013 au domicile de l'assurée. Il résulte du rapport d'enquête que pour l'acte de se vêtir, seule une aide directe pour enfiler les collants fins, difficile à voir en raison de leur couleur (beige claire), est parfois requise, ainsi que pour enfiler certains habits. A cet égard, l'enquêtrice a précisé que l'assurée pouvait s'habiller et se déshabiller seule avec des habits adaptés. S'agissant des soins corporels, elle a noté que l'assurée pouvait faire sa toilette seule, ajoutant toutefois qu'elle devait se laver les cheveux sous la douche, car elle ne pouvait plus le faire dans la baignoire. L'assurée devait par ailleurs se rendre chez le coiffeur pour faire ses colorations. Quant à l'acte de se déplacer, l'assurée pouvait se rendre seule à son travail mais elle rencontrait des difficultés pour les déplacements effectués hors de [...] et devait se faire accompagner par une amie ou son mari à ces occasions. L'enquêtrice a encore relevé que l'assurée recevait l'aide d'une femme de ménage à raison de quatre heures par semaine, financée par les prestations complémentaires, qu'elle pouvait préparer son semainier et prendre seule ses médicaments et qu'elle bénéficiait de différents moyens auxiliaires (lunettes, verres de contacts, lampes blanches, loupe portable). Sous la rubrique « remarques », l'enquêtrice a encore exposé ce qui suit :

« [...]»

Madame A. \_\_\_\_\_ [du CMS] est présente, actuellement, tous les 15 jours pour régler les problèmes administratifs car l'assurée a fait une demande de PC, puis de PCG. Elle a dû changer d'assurance maladie suite à diverses difficultés. L'assurée n'arrivait plus à tout gérer seule, surtout durant la période de son opération des yeux. L'assurée a un avocat pour régler divers différents qu'elle a [avec] l'assurance accidents. Raisons pour lesquelles, l'assurée a eu besoin d'une aide importante de l'assistante sociale (1x/semaine puis tous les 15 jours durant 1h. à 1h.30).

Madame A. \_\_\_\_\_ dit qu'une fois toutes les démarches faites, elle n'interviendra qu'une fois par mois à raison de 1 heure à 1h30 maximum.

L'accompagnement n'a pas été retenu car l'assurée continue à gérer au mieux les tâches quotidiennes, se rend aux services officiels et continue son activité professionnelle au taux d'environ 30%.

Aucun acte n'a été retenu car l'assurée reste autonome pour tous les actes de la vie quotidienne.

Nous vous laissons le soin d'examiner si une impotence pour malvoyant peut être attribuée à notre assurée et si c'est le cas, depuis quand ».

Dans un projet du 8 février 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser l'octroi d'une allocation pour impotent.

Par courrier du 26 février 2013, l'assurée a contesté ce projet, exposant que le décès de son mari le 24 février 2013 la privait désormais d'une aide importante. Elle a indiqué ne pas être en mesure d'effectuer seule ses commissions, le ménage, la préparation de ses repas et diverses tâches administratives et a requis la reconsidération de son droit à une allocation pour impotent, pour tenir compte de ce récent événement.

Un complément d'enquête a été réalisé le 29 octobre 2013 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a constaté l'autonomie de l'assurée s'agissant des activités de la vie quotidienne, et a conclu que la description du besoin d'aide était identique à celui exposé dans l'enquête du 8 janvier 2013.

Dans son rapport du 8 novembre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a répondu par la négative à la question de savoir si l'assurée remplissait les conditions pour l'octroi d'une allocation d'impotence de degré faible pour malvoyant, précisant que sa patiente présentait une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de 0.3 pour l'œil droit et de 0.4 pour l'œil gauche et ne souffrait d'aucune limitation significative du champ visuel.

Dans un second rapport du 19 juin 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente présentait une diminution de l'acuité visuelle sans toutefois que les valeurs limites soient atteintes pour admettre une grave faiblesse.

Le 12 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision confirmant le refus d'une allocation pour impotent.

**B.** Par acte du 5 janvier 2015, B.\_\_\_\_\_, représentée par son conseil Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision, concluant à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. La recourante a contesté le résultat de l'enquête effectuée, rappelant avoir besoin d'une aide régulière et systématique pour divers actes de la vie quotidienne, et non pas uniquement pour se vêtir. Elle a également reproché à l'intimé de n'avoir pas tenu compte du décès de son mari et des conséquences en termes d'autonomie qui en découlent.

Sur requête datée du 18 décembre 2013 [recte : 2014], la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du juge instructeur du 15 janvier 2015.

Dans sa réponse du 18 mars 2015, l'intimé a contesté avoir retenu un besoin d'aide pour l'acte « se vêtir » et rappelle avoir procédé à une enquête complémentaire le 29 octobre 2013 qui a permis de réactualiser le premier rapport d'enquête du 8 janvier 2013. L'intimé a en outre produit un avis du 23 février 2015 établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), indiquant que la recourante ne pouvait prétendre à une allocation de degré faible en raison de la faiblesse de sa vue, au sens de l'art. 37 al. 3 let. d RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.101] et ch. 8065 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015], réservant toutefois ses conclusions sur la question des pertes sectorielles aux résultats des examens « octopus » effectués par Hôpital X.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 3 juin 2015, la recourante a produit diverses pièces dont un rapport médical du 28 janvier 2015 établi par le Dr

D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en ultrasonographie, et dont le contenu est le suivant :

Au titre de médecin traitant de Madame B.\_\_\_\_\_, - [...] - je puis certifier que cette dernière présente une aggravation de son état de santé. Elle a en effet développé une pathologie de l'épaule G sous forme d'omalgies progressivement handicapantes, avec très nette limitation de la capacité fonctionnelle de l'épaule G touchant les activités de la vie quotidienne. Les douleurs ont également un caractère nocturne, insomniantes.

Radiologiquement, un ultrason de l'épaule G confirme la présence d'une tendinopathie avec la présence d'une tendinose calcifiante de la coiffe des rotateurs, en particulier de larges dépôts calciques intra-tendineux du muscle sus-épineux, associés à une large distension de la bourse sous-acromiale qui a été infiltrée sous échoguidage le 26-01-15.

En l'absence de toute origine traumatique, il est vraisemblable que l'apparition de cette pathologie de l'épaule G au printemps 2014, puis son aggravation en automne, soient dues à une surcharge de cette articulation en compensation de l'impotence fonctionnelle et des douleurs de l'épaule controlatérale.

La recourante a également demandé à être entendue oralement et a requis l'audition de deux ou trois témoins.

Le 4 juin 2015, le tribunal a invité Me Carré à communiquer le nom des témoins qu'il souhaitait entendre ainsi que les allégués sur lesquels porteraient les témoignages.

Le 6 juillet 2015, la recourante a produit un lot de pièces supplémentaire, à savoir :

- Une réponse manuscrite du Dr P.\_\_\_\_\_ du 23 avril 2015, qui répond aux questions du conseil de la recourante dans les termes suivants :

a) Est-il exact que vous avez revu, au début 2015, spécialement depuis janvier et février, Mme B.\_\_\_\_\_, qui se plaint d'une péjoration de sa vue ? Oui

b) Est-il exacte que vous constatez une évolution défavorable importante, au niveau de son kératocône, sur le côté droit (même si le côté gauche semble stable) ? Oui

c) Est-il exact que vous avez alerté l'hôpital ophtalmique, ou que vous vous apprêtez à le faire, en vue d'une prise en charge chirurgicale de cet œil droit ? Oui (Dr C.\_\_\_\_\_, Hôpital X.\_\_\_\_\_[...]).

d) Est-il exact que les éléments ci-dessus induisent une franche péjoration des capacités de la patiente, avec des répercussions évidentes sur son autonomie, dans la vie courante et dans ses relations avec les tiers ? Oui

- Un certificat médical du 7 mai 2015 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ et un rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2015 établi par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, lesquels confirme un état de dépenses compulsives de la recourante.

Me Carré a également indiqué qu'il souhaitait entendre comme témoins le frère et la fille de la recourante ainsi que deux de ses amies à propos de tous les éléments pertinents pour l'impotence, en particulier les difficultés rencontrées par la recourante pour lacer ses chaussures, s'habiller et se mouvoir.

Le 16 juillet 2015, la recourante a produit un courrier du 15 juillet 2015 établi par le CMS, dont la teneur est la suivante :

« [...] je vous confirme que B.\_\_\_\_\_ est suivie par un infirmier du CMS de [...], M. T.\_\_\_\_\_, une fois par semaine. Melle A.\_\_\_\_\_, assistante sociale, rencontre Mme B.\_\_\_\_\_ pour une aide administrative, toutes les deux semaines. »

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2015, la recourante a produit un rapport établi le 25 août 2015 par le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel fait état d'une acuité visuelle à 0.3 pour l'œil droite et 0.2 pour l'œil gauche. La recourante en déduit une acuité visuelle très diminuée et a indiqué que le port de lentilles semi-rigides recommandées par son médecin était mal toléré sur son œil gauche, qui a été opéré pour une greffe.

Dans un courrier du 16 décembre 2015, la recourante a produit :

- Un certificat médical du 4 décembre 2015 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel certifie que sa patiente doit bénéficier de l'aide du CMS (visite de santé, semainier), de l'assistante sociale (administratif) ainsi que de l'ergothérapeute (moyens auxiliaire).

- Un rapport médical non daté, établi par G.\_\_\_\_\_, ergothérapeute du CMS, qui confirme les douleurs importantes au niveau du dos (lombaires), du genou et de l'épaule et préconise différents moyens pour maintenir le degré d'autonomie (coussin de positionnement pour lit, tablette de lit, chariot avec quatre roues et tringle abaissable).

Dans un courrier du 7 mars 2016, l'intimé a produit deux avis médicaux des 15 et 29 février 2016 établi le Dr N.\_\_\_\_\_, du SMR, qui se prononce sur les différentes pièces produites par la recourante dans le cadre de son recours. Il a considéré que les niveaux d'acuité visuelle relevés (0.3 à l'œil droit et 0.2 à l'œil gauche) ne permettent pas de retenir une grave faiblesse de la vue. Il reconnaît par contre une aggravation de la tendinopathie de l'épaule gauche, mais note qu'en l'absence de limitations fonctionnelles précises et d'un rapport rhumatologique, il n'est pas en mesure de statuer sur une éventuelle impotence générée par cette atteinte. Enfin, il relève que les Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, qui ont posé le diagnostic de conduite hypomane avec dépenses compulsives de la recourante, ne font pas état d'une atteinte psychiatrique pouvant avoir un retentissement évident sur une éventuelle impotence.

Par courrier du 16 mars 2016, le tribunal a rejeté les moyens de preuves requis dans la mesure où ils n'ont pas déjà été administrés et a annoncé qu'un jugement serait rendu dans un délai estimé à deux mois, sauf nouvelle réquisition.

Dans une lettre du 4 avril 2016, Me Carré a contesté que le tribunal ait renoncé à une audience « nonobstant les mesures

d'organisation qui avaient déjà été prises » et a attribué ce revirement à la force probante reconnue aux dernières pièces produites. Il s'est réservé de faire valoir une violation du droit d'être entendu en instance fédérale de recours.

Le 29 avril 2016, Me Carré a déposé une nouvelle détermination et de nouvelles pièces. Il demande qu'un délai lui soit imparti pour déposer un rapport de l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin.

Le 3 mai 2016, le juge en charge de l'instruction de la cause a rejeté cette demande, en raison de son caractère tardif et se fondant sur une appréciation anticipée des preuves.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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 (art. 60 al. 1 LPGA).

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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

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

Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3).

L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui

pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et 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).

Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; 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).

L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

**b)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon les chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux toilettes ; se

déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 294 consid. 4a et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507 ; ch. 8013 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2 ; ch. 8011 CIIAI). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

**c)** Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en particulier, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée

nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et références citées).

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

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

simples) ; tenir son ménage (instructions et surveillance/contrôle) (ch. 8050 CIIAI).

Outre l'aide indirecte, l'aide directe d'un tiers peut aussi être considérée comme faisant partie de l'accompagnement au sens de l'art. 38 al. 1 let. a RAI. A ce titre, la personne qui accompagne peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque, malgré les instructions, la surveillance ou le contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (ch. 8050.1 CIIAI et les références).

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

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

**d)** Il sied enfin de rappeler qu'une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui

concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

**3.** En l'espèce, il s'agit d'examiner si, parmi les conditions alternatives de l'art. 37 al. 3 RAI, la recourante présente une impotence faible, étant précisé qu'elle ne remplit manifestement pas les critères d'une impotence moyenne ou grave.

**4.** Il appartient d'abord de déterminer si l'assurée requiert, de façon régulière et importante, l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (art. 37 al. 3 let. a RAI).

**a)** Eu égard à l'acte « se vêtir », il y a impotence lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse. Il y a également impotence lorsque l'assuré peut certes s'habiller seul, mais qu'il faut lui préparer ses habits ou contrôler si sa tenue correspond aux conditions météorologiques ou encore qu'il n'a pas enfilé ses habits à l'envers (ch. 8029 ss CIIAI). Dans le cas de l'assurée, on observe qu'elle s'habille pour l'essentiel seule, sous réserve de quelques difficultés à fermer certains petits boutons ou à enfiler des collants selon leurs couleurs, pour lesquelles une aide est requise. Ponctuelle, cette aide demandée pour le port des habits précités ne saurait être qualifiée de régulière et importante au sens entendu par l'art. 37 RAI, vu que la recourante demeure capable de se vêtir de manière autonome la plupart du temps, étant encore précisé que le port de vêtements adaptés est exigible.

**b)** Quant à l'acte de « faire sa toilette », il y a impotence lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher ; ch. 8020 CIIAI). En l'occurrence, la recourante fait état d'une incapacité à se laver les cheveux dans sa baignoire, alors qu'elle y parvient sous la douche. Aucune

aide n'est en définitive requise pour se laver les cheveux, étant rappelé que des difficultés supplémentaires ou un ralentissement pour accomplir un geste ne suffisent pas à l'admission d'une impotence. Par ailleurs, devoir se rendre chez le coiffeur pour la coloration de cheveux n'est pas un acte qui doit être assumé quotidiennement, de sorte que l'aide requise ne répond pas au critère de régularité et d'importance de l'art. 37 al. 1 RAI.

**c)** Enfin, le besoin d'assistance pour l'acte « se déplacer et entretenir des contacts sociaux » suppose l'impossibilité pour l'assuré de se déplacer lui-même dans le logement ou à l'extérieur ou à entretenir des relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par exemple lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses). Il ne peut être retenu en l'occurrence, l'assurée étant en mesure de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans entrave pour se rendre à son travail à [...]. Le fait d'avoir besoin d'aide pour les déplacements plus lointains ne permet par ailleurs pas de constater que l'assurée a besoin de façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour se déplacer.

Compte tenu de ce qui précède, les conditions de l'art. 37 al 3 let. a RAI ne sont pas réunies dans le cas d'espèce.

**5.** Se pose alors la question de savoir si, comme elle le soutient, la recourante a besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens des art. 37 al. 3 let. e et 38 RAI.

En l'espèce, lors de la première enquête à domicile de l'OAI, l'aide du CMS était nécessaire pour les démarches administratives, à raison d'une fois tous les quinze jours durant une heure à une heure trente. Il était toutefois d'ores et déjà prévu de limiter cette aide à une fois par mois au maximum, lorsqu'un certain nombre de démarches particulières auraient été effectuées. On peut admettre qu'à la suite du décès de l'époux de l'assurée, l'intervalle d'une visite tous les quinze jours ait été maintenu, voire qu'il ait été provisoirement réduit à une visite par

semaine, comme l'indiquent la recourante et A.\_\_\_\_\_ dans leur contestation du projet de décision de l'intimé (lettre du 26 février 2013 à l'OAI). Mais rien ne permet de constater que cette fréquence d'une fois par semaine était justifiée sur une période prolongée de trois mois au moins. L'enquêtrice de l'OAI a d'ailleurs constaté, lors de sa seconde visite à domicile, que le besoin d'aide était identique à celui observé lors de la première visite. On admettra donc la nécessité d'une aide du CMS de quarante minutes par semaine en moyenne, au maximum.

La nécessité d'une aide pour la cuisine, en raison des atteintes à la santé de l'assurée, n'est pas démontrée, ni celle pour faire les courses, étant précisé que la recourante peut, si nécessaire, utiliser un chariot et qu'elle dispose de moyens auxiliaires pour lire les prix et notices d'emballages (attestation du 11 décembre 2015 de G.\_\_\_\_\_, ergothérapeute pour le CMS). La constatation d'un problème de dépenses compulsives par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne paraît pas davantage nécessiter un accompagnement régulier pour effectuer des commissions, celle-ci indiquant notamment que l'assurée se contrôle mieux depuis environ un an. Ce problème n'a au demeurant jamais été évoqué auparavant, notamment par le précédent médecin traitant de la recourante, de sorte que l'on doit admettre qu'il n'était pas suffisamment prégnant pour justifier une allocation pour impotent.

Le suivi de l'assurée par un infirmier du CMS, à raisons d'une fois par semaine, ne ressort pas des rapports d'enquête à domicile et n'est attesté que depuis le 15 juillet 2015 par le CMS, soit à une date largement postérieure à la décision administrative litigieuse. Enfin, l'aide-ménagère paraît effectivement nécessaire, mais elle est financée par les prestations complémentaires à l'assurance-invalidité, comme mentionné dans le premier rapport d'enquête à domicile. Ce financement est plus favorable à l'assurée que s'il était remplacé par une allocation pour une impotence faible.

Il s'ensuit que la recourante n'a pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à raison d'au

moins deux heures par semaine en moyenne, quand bien même cette aide a pu être requise épisodiquement.

On précisera encore qu'une éventuelle péjoration de l'état de santé à l'automne 2014, en particulier au niveau des épaules est envisagée par le SMR dans son rapport du 29 février 2016, mais que l'intimé considère à juste titre qu'une telle péjoration, à supposer qu'elle puisse entraîner une réévaluation de l'impotence, reste sans pertinence dans la présente procédure. En effet, même en constatant une telle péjoration de l'état de santé, il faudrait admettre qu'elle n'avait pas duré une année au moins au moment de la décision litigieuse (art. 28 al. 1 LAI auquel renvoie l'art. 42 al. 4 LAI ; sur le renvoi erroné, dans le texte légal, à l'art. 29 al. 1 LAI plutôt qu'à l'art. 28 al. 1 LAI, ATF 137 V 351). Il en va de même des péjorations de l'état de santé alléguées par la recourante dans sa détermination du 29 avril 2016. Les pièces produites à l'appui de cette détermination n'apportent aucun renseignement véritablement nouveau sur l'état de santé de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse.

**6.** L'octroi d'une allocation pour impotence entre encore en considération au titre de l'art. 37 al. 3 let. d RAI, en raison des troubles oculaires dont souffre la recourante.

Selon les directives administratives édictées par l'Office fédéral des assurances sociales, ch. 8065 - dont il n'y a pas de motif de s'écarter - , on admet qu'il y a grave faiblesse de la vue lorsque l'assuré présente une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0.2 ou lors qu'il présente une limitation bilatérale du champ visuel à 10 degrés à partir du centre (20 degrés de diamètre horizontal ; mesure du champ visuel : isoptère III/4 sur le périmètre de Goldmann). S'il existe à la fois une diminution de l'acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites soient atteintes, on admettra tout de même une grave faiblesse de la vue lorsqu'elle entraîne les mêmes effets qu'une diminution de l'acuité visuelle ou une limitation du champ visuel dans les limites mentionnées (RCC 1982 p. 255). C'est également valable pour

d'autres atteintes du champ visuel (par ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central).

En l'espèce, il ressort des attestations du Dr P. \_\_\_\_\_ du 19 juin 2014 et Dr C. \_\_\_\_\_ du 25 août 2015, que les valeurs limites mentionnées par les directives précitées ne sont pas atteintes, la recourante disposant encore d'une acuité visuelle, après correction, de 0.3 à l'œil droit et 0.2 à l'œil gauche, avec un champ visuel de 30 degrés à partir du centre. Le SMR a également pris en considération les déficits segmentaires mentionnés dans le rapport du 19 juin 2014 du Dr P. \_\_\_\_\_ et a demandé des rapports complémentaires pour vérifier l'évolution éventuelle de ces déficits, qui pouvaient être secondaires à une atteinte glaucomateuse débutante (rapport du 3 mars 2015 du SMR). Le rapport du 25 août 2015 du Dr C. \_\_\_\_\_ n'a toutefois pas confirmé cette hypothèse et le SMR a maintenu, dans son rapport du 15 février 2016, que les valeurs limites posées par le chiffre 8065 CIIA n'étaient pas atteintes et qu'il n'y avait pas lieu de constater une grave faiblesse de la vue. Le droit à une allocation pour impotence au titre de l'art. 37 al. 3 let. d RAI doit donc être également nié.

**7. a)** Il découle de ce qui précède que la recourante ne peut se prévaloir d'une assistance à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ni davantage de services de tiers en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels. Les mesures d'instruction complémentaires requises (audition de la recourante et de divers témoins) ne sont pas de nature à permettre de modifier ce constat. La recourante a pu préciser ses allégations par écrit et le descriptif des limitations auxquelles elle est confrontée figure déjà, de manière précise et probante, dans les rapports d'enquête des 8 juin et 29 octobre 2013, sans que l'on puisse attendre des témoignages requis une même valeur probante ni une même précision. Dans ce contexte, on observera que le tribunal n'a pris aucune mesure d'organisation en vue d'une audience et n'a procédé à aucun revirement, contrairement à ce que soutient Me Carré dans sa lettre du 4 avril 2016. Le fait de demander à une partie d'indiquer quels témoins elle souhaite

entendre et sur quels allégués ne constitue qu'un préalable nécessaire à l'appréciation de la pertinence des mesures requises.

La recourante a demandé, le 29 avril 2016, qu'un délai lui soit imparti pour produire les réponses de Hôpital X.\_\_\_\_\_ au questionnaire qu'elle lui a adressé. Un rapport du 25 août 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, qui travaillait à l'époque dans cet hôpital, figure au dossier. On voit mal que les médecins travaillant actuellement dans cet établissement puissent renseigner le tribunal plus précisément sur l'état de santé de la recourante au moment de la décision litigieuse. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a expressément indiqué, dans ses réponses du 23 avril 2015 à la recourante - après avoir déjà été interrogé sur ce point par l'intimé - qu'un examen octopus antérieur à juin 2014 n'avait pas été effectué. Le complément d'instruction requis est donc rejeté. Au demeurant, on doit s'étonner que la recourante ait attendu le 27 avril 2016 pour adresser un questionnaire à Hôpital X.\_\_\_\_\_ si elle estimait que des renseignements complémentaires de cet établissement étaient véritablement nécessaires, alors qu'elle avait eu largement le temps de le faire auparavant et que le tribunal venait d'annoncer qu'un jugement serait prochainement notifié.

**b)** Les conditions du droit à une allocation pour impotence n'étant pas réunies, le recours apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

**c)** La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 5 janvier 2015 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Par courriers des 4 et 29 avril 2016, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 5 janvier 2015 au 29 avril 2016. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 12.2 heures, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ), soit 2'196 fr., à quoi s'ajoutent 100 fr. de débours, ce qui représente un montant total en faveur de Me Carré de 2'479 fr. 65, TVA au taux de 8% par 183 fr. 65 comprise.

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 12 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'479 fr. 65 (deux mille quatre cent septante-neuf francs soixante-cinq), débours et TVA compris.
  
- V.** B.\_\_\_\_\_, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
  
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour B.\_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :