

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Silva et Saïd, assesseures
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à l._____, recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 9 et 43 al. 1 LPGA ; 42 LAI ; 37et 38 RAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante portugaise, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, est mariée et mère de deux enfants adultes. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en tant que caissière pour le compte de M._____ depuis le 17 février 2000. Elle a présenté une incapacité de travail depuis le 4 octobre 2013 à des taux variant entre 50 et 100%, dite incapacité étant totale à compter du 1^{er} septembre 2014. Le 11 février 2016, l'employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 mai 2016, au motif que l'assurée avait épuisé son droit au paiement des indemnités journalières en cas de maladie.

Dans l'intervalle, souffrant de diverses atteintes au rachis ainsi que de paresthésies aux deux mains et de séquelles d'une poliomyélite dans l'enfance, Q._____ a déposé en date du 4 février 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) par l'intermédiaire de son assureur perte de gain, lequel lui a adressé copie du dossier médical constitué par ses soins. Dans le cadre de l'instruction, l'office AI a par ailleurs recueilli des renseignements sur la situation personnelle, médicale et professionnelle de l'assurée.

Invité par l'office AI à lui adresser un rapport médical, le Dr B._____, médecin traitant, a complété le formulaire ad hoc le 18 février 2015. A son envoi étaient annexés divers documents médicaux, dont un rapport du 9 janvier 2015 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci y posait le diagnostic principal de cervicobrachialgies gauches avec lésion partielle du tendon supra-épineux et tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche. A titre de diagnostics secondaires, il a retenu une tendinopathie du supra-épineux droit ainsi qu'une poliomyélite nécessitant la marche avec des cannes anglaises. Tout en excluant la reprise de

l'activité professionnelle de caissière, il a réservé son pronostic quant à l'exercice d'une profession mettant l'épaule à contribution.

Le 1^{er} avril 2015, l'office AI a informé Q._____ qu'il prenait en charge les coûts d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une réadaptation socioprofessionnelle (coaching), débutant le 30 mars 2015. Cette mesure a été prolongée à plusieurs reprises (communications des 6 juillet 2015, 16 juillet 2015, 28 octobre 2015).

Par courrier du 4 décembre 2015, l'office AI a informé Q._____ que la mesure de coaching était interrompue à cette date.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien du 22 décembre 2015 entre un collaborateur de l'office AI, spécialiste en réinsertion professionnelle, et l'assurée que celle-ci utilisait des béquilles pour marcher et qu'elle éprouvait de grandes difficultés à poser son pied droit. Elle devait par ailleurs utiliser la chaise roulante d'une amie à la maison. Elle a indiqué qu'elle avait des difficultés dans les actes quotidiens de la vie et qu'elle recevait peu d'aide de son mari, atteint d'un cancer du poumon et consultant désormais un psychiatre.

Le 4 janvier 2016, l'office AI a fait savoir à Q._____ qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, motif pris que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée, ce qui ne permettait pas la poursuite des démarches en vue d'un éventuel reclassement.

b) Le 11 janvier 2016, Q._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent ainsi que de moyens auxiliaires.

Dans un rapport médical du 19 janvier 2016, le Dr B._____ a posé les diagnostics de séquelles d'une poliomyélite avec troubles de la marche et douleurs aux membres supérieurs ainsi qu'une névralgie cervico-brachiale. Il a également fait état d'une dépression sévère. Il a

indiqué qu'une aide régulière et importante était nécessaire pour les actes suivants : se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer/entretenir des contacts sociaux.

Le 11 juillet 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de remise en prêt d'un siège de douche et d'un scooter électrique. Le 25 juillet 2016, il lui a fait savoir qu'il lui remettait en prêt un fauteuil roulant manuel.

Analysant les éléments recueillis dans le cadre de l'instruction, le Dr T._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé, d'une part, la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique au SMR et, d'autre part, la réalisation d'une enquête ménagère (avis du 1^{er} février 2017).

Le 2 mars 2017, l'office AI a fait procéder à une enquête d'impotence au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 6 mars 2017, l'enquêtrice a relevé ce qui suit sous la rubrique « remarques » :

« L'entretien a eu lieu avec l'assurée, dans son appartement. Son époux était dans la chambre durant tout l'entretien mais n'est pas venu, ayant besoin de dormir selon l'assurée. Elle se plaint de troubles mnésiques, de dépression, étant suivie pour cela en lien avec la prise de médicaments pour se calmer, pour dormir, pour avoir moins mal. Ces données ne sont pas retenues par le SMR et ne relèvent donc pas d'empêchement dans le quotidien. Le droit à l'API [*allocation pour impotent*] n'est pas ouvert.

L'assurée vivait dans un appartement adapté jusqu'en 12.2016 et a dû le quitter, devant s'acquitter de ses dettes. Elle vivait sur un étage dans un duplex, pouvait sortir seule avec son scooter, avait une cuisine avec des rangements bas ... Elle bénéficiait d'aide pour certaines choses mais n'aurait pas été placée sans accompagnement. Depuis son déménagement en 12.2016, ne pouvant plus entrer dans la salle de bain en fauteuil, elle sollicite de l'aide pour sa douche. Elle indique que c'est depuis l'opération d'épaule pour les cheveux mais elle pourrait le faire seule en utilisant la main droite. Elle ne peut plus sortir de chez elle, dépendant de quelqu'un pour lui sortir son scooter par exemple. Nous avons donc pris en compte l'acte se déplacer, ce depuis 11.2015, soit depuis l'opération de l'épaule l'empêchant de marcher avec ses cannes. L'assurée nécessite une adaptation de son environnement pour retrouver son autonomie, de nouveaux automatismes dans un nouvel environnement et une reprise de confiance. »

A la même date, l'office AI a également effectué une enquête économique sur le ménage. En fonction des logements occupés successivement par l'assurée, les empêchements ménagers étaient de 17%, respectivement de 31,8% (rapport du 6 mars 2017).

Le 9 mars 2017, l'office AI a informé Q. _____ qu'il entendait lui refuser l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, au motif qu'elle n'était pas tributaire d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie. Par ailleurs, un accompagnement de deux heures par semaine en moyenne durant une période de trois mois pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas établi.

Désormais représentée par Inclusion Handicap, l'assurée a présenté en date du 11 avril 2017 des objections à l'encontre de ce projet. Elle a en substance reproché à l'office AI de s'être fondé exclusivement sur les conclusions de l'enquête ménagère, au demeurant critiquable sur plusieurs points, sans avoir mené des investigations complètes sous l'angle médical, en particulier psychiatrique.

Constatant que, convoquée une première fois pour un examen clinique au SMR, l'assurée ne s'était pas présentée et que, selon le courrier du 11 avril 2017, elle pouvait présenter, outre ses atteintes somatiques, une problématique d'ordre psychologique, le Dr T. _____ a demandé la réalisation d'un examen clinique bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, au SMR (avis du 25 avril 2017).

Du 10 avril au 19 avril 2017, Q. _____ a séjourné à l'Hôpital psychiatrique L. _____ ensuite d'une admission volontaire. Dans leur rapport du 26 avril 2017, les Drs V. _____ et R. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante, ont indiqué que l'hospitalisation était motivée par la mise à l'abri d'un risque suicidaire. Ils ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Compte tenu de la participation active de l'assurée aux groupes thérapeutiques, d'une bonne thymie et

d'un congé à l'extérieur sans incident, les médecins prénommés ont conclu à une évolution favorable avec régression de la tristesse et reprise de l'élan vital. D'accord avec l'intéressée, ils ont clôturé cet épisode de soins le 19 avril 2017, moyennant la reprise du suivi auprès de la Dresse F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

En réponse à la demande de l'office AI, la Dresse F._____ lui a adressé son rapport en date du 11 mai 2017. Elle y posait le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épisodes dépressifs récurrents, existant depuis le 6 octobre 2016. S'agissant de la capacité de travail, elle a indiqué qu'elle était nulle dans l'activité de caissière. Selon ce médecin, l'exigibilité était en revanche de 50% dans une profession adaptée dès que son état dépressif serait stabilisé.

Par communication du 19 juillet 2017, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de remise en prêt d'une planche de bain.

Le 24 juillet 2017, le Dr U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, ainsi que les Drs N._____ et Y._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont dressé un rapport médical ensuite de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique pratiqué au SMR le 8 juin précédent. Avec répercussion durable sur la capacité de travail, ils ont retenu le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Les diagnostics associés étaient les suivants : omalgies gauches chroniques dans le contexte d'un conflit acromio-claviculaire ayant nécessité une acromioplastie et résection de l'extrémité distale de la clavicule le 30 novembre 2015, arthrose scapho-trapézienne droite ainsi que poliomyélite paralytique et raccourcissement du membre inférieur droit de 8 cm. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué une fibromyalgie, une cervicarthrose C5-C6 sans répercussion neurologique ou irritation radiculaire (radiographie du 20 janvier 2014), des lombalgies dans le contexte d'un discret trouble statique (scoliose lombaire dextroconvexe) et troubles dégénératifs

(arthrose postérieure L3-L4-L5-S1, saillie discale foraminale L4-L5 gauche sur l'IRM du 24 février 2017, rapport du 1^{er} mars 2017), un conflit fémoro-patellaire bilatéral prédominant à gauche ainsi qu'une obésité.

Sur le plan somatique, les médecins prénommés ont considéré que la capacité de travail était déterminée par l'atteinte des épaules, surtout à gauche, l'arthrose au poignet droit, le conflit fémoro-rotulien gauche et la paralysie du membre inférieur droit. Grâce aux moyens auxiliaires obtenus (planche de bains, fauteuil roulant manuel, tabouret pour la salle de bains et scooter électrique), ils ont estimé que l'assurée était capable de gérer son quotidien. Moyennant quelques aménagements (remplacement des roues de la chaise roulante par des roues à propulsion électrique et adaptation du véhicule), elle disposerait d'une autonomie totale, non seulement pour les activités quotidiennes (aller au marché par exemple ou visiter ses connaissances), mais également pour se déplacer jusqu'au poste de travail. Selon eux, six mois après l'intervention chirurgicale du 30 novembre 2015 et compte tenu d'une période de convalescence, soit dès le mois de juin 2016, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec réduction de rendement de 20% en lien avec le déplacement en chaise roulante.

Sous l'angle psychiatrique, les médecins ont considéré que la capacité de travail était de 50% depuis le 19 janvier 2016 (date à laquelle le Dr B. _____ a posé le diagnostic de « dépression sévère ») dans une activité adaptée aux atteintes somatiques. Les limitations fonctionnelles consistaient en un léger ralentissement psychomoteur, un abaissement de l'humeur, une faible estime de soi, des troubles mnésiques ainsi qu'une fragilité psychique.

En résumé, la capacité de travail exigible de l'assurée était de 50% dans toute activité adaptée depuis le 19 janvier 2016.

Le 26 octobre 2017, l'office AI a rendu une décision formelle identique à son projet du 9 mars 2017. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 27 novembre 2017, Q._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a fait valoir que le refus d'allocation pour impotent reposait sur deux documents qu'elle estimait insuffisants pour apprécier son droit à une telle prestation. Ainsi, le rapport du SMR du 8 juin 2017 (*recte* : 24 juillet 2017) n'avait pas pour but d'éclaircir la question de l'allocation pour impotent mais celle de la capacité de travail. D'autre part, le rapport d'enquête du 2 mars 2017 (*recte* : 6 mars 2017) ne pouvait être pris en considération en tant qu'il niait le besoin d'accompagnement au motif que le SMR n'aurait alors pas retenu l'existence de troubles mnésiques - qu'il a toutefois reconnus depuis lors (cf. rapport d'examen clinique du 24 juillet 2017, p. 26). L'assurée s'est par ailleurs prévalue d'une dégradation de son état de santé psychique durant l'été 2017 avec apparition depuis lors d'hallucinations auditives et visuelles. Elle a à cet égard produit un rapport médical du 9 octobre 2017 émanant de la Dresse F._____, co-signé par J._____, psychologue, dans lequel elle faisait état d'une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique L._____ durant l'été 2016, les médecins ayant à cette occasion posé le diagnostic de trouble psychotique chronique avec hallucinations auditives et visuelles (F 23.9), confirmant par là même son propre diagnostic. Ainsi, dans la mesure où la situation psychique avait évolué et que l'office AI s'était prononcé sans disposer de tous les éléments pertinents, il convenait de lui renvoyer la cause pour qu'il en complète l'instruction puis rende une nouvelle décision.

b) Dans sa réponse du 17 janvier 2018, l'office AI a tout d'abord rappelé que le rapport d'enquête sur l'impotence du 6 mars 2017 avait conclu à un besoin d'aide pour l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » et qu'il indiquait les raisons pour lesquelles les autres

actes n'étaient pas retenus en raison notamment du déménagement de l'assurée et de l'adaptation de son nouvel appartement. Se référant ensuite au rapport du 24 juillet 2017 consécutif à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique, l'office AI a rendu compte de l'appréciation des médecins du SMR à propos des besoins d'aide invoqués par l'assurée dans diverses situations de la vie quotidienne. Pour finir, l'office AI a indiqué avoir reçu le rapport de la Dresse F._____ du 9 octobre 2017 par courrier du 27 octobre 2017 et non en date du 13 octobre 2017. Il a indiqué avoir soumis ce document à son SMR, lequel s'est déterminé sous la plume de la Dresse K._____ (avis médical du 8 janvier 2018). Celle-ci y exposait les motifs pour lesquels elle ne pouvait, sur cette base, objectiver une modification notable des limitations fonctionnelles. Se ralliant à ces conclusions, l'office AI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

c) En réplique du 14 mars 2018, l'assurée a produit un rapport du 19 février 2018 de la Dresse F._____, co-signé par J._____, psychologue, dans lequel elle indiquait rejoindre le SMR sur le fait que la dégradation de son état de santé psychique était intervenue au mois de juin 2017, contrairement à la date erronée figurant dans son rapport du 9 octobre 2017. Il n'en demeurerait pas moins que l'aggravation de son état de santé ne faisait que confirmer le besoin d'accompagnement annoncé au mois de janvier 2016, ajoutant que ce n'était que dans son avis du 8 janvier 2018 que l'office AI - par l'intermédiaire du SMR - s'était pour la première fois prononcé sur son besoin d'accompagnement au vu de ses troubles psychiques. Quand bien même le rapport du 24 juillet 2017 portait sur l'évaluation de la capacité de travail et non sur la question de l'impotence, il faisait mention de nombreuses difficultés relevant du besoin d'accompagnement : troubles de la mémoire, situations de confusion, difficultés à tenir une conversation et limitations dans les activités quotidiennes. Considérant que l'office AI ne pouvait remédier à une instruction inadéquate en demandant au SMR de se prononcer en procédure de recours, de surcroît sans l'avoir vue, l'assurée a maintenu toutes les conclusions de son recours.

d) Dupliquant en date du 17 avril 2018, l'office AI a indiqué que les arguments développés en réplique n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision, de sorte qu'il a déclaré confirmer ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA.VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une allocation pour impotent.

3. 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 (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42^{bis} (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à 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. 42^{bis} al. 5 est réservé (al. 3).

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

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 (ci-après : CIIAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), dans leur teneur au 1^{er} janvier 2017, les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 294 consid. 4a et les références) :

- se vêtir et se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever) ;
- se lever, s'asseoir et se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter) ;
- manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde) ;
- faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher) ;

- aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes) ;
- se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

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 des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir des fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TF 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références). En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne signifie pas qu'il y ait impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 et la référence).

c) L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI 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).

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 ; 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références).

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^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel

rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. 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 ; 128 V 93).

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 (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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2264, p. 610).

En présence de troubles psychiques notamment, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 in VSI 2004 p. 139 s.). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à

domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1).

5. Le 11 janvier 2016, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une allocation pour impotent ainsi que de moyens auxiliaires. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a fait procéder à une enquête d'impotence au domicile de l'intéressée le 2 mars 2017. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a également été effectué par le SMR en date du 8 juin 2017.

a) Il convient tout d'abord de constater que l'enquête sur place au sens de l'art. 69 al. 2 RAI répond aux exigences jurisprudentielles (cf. aussi sur cette question Valterio, op. cit., n° 2264, p. 610). Le rapport du 6 mars 2017 contient en effet une description détaillée des conditions de vie de la recourante ainsi qu'une analyse circonstanciée des tâches qu'elle peut et ne peut plus réaliser, en tenant compte du diagnostic médical. L'enquêtrice connaissait la nature des atteintes physiques et a été informée directement par l'assurée des limitations fonctionnelles que ces atteintes physiques entraînaient. La description des empêchements rencontrés par l'assurée dans les actes ordinaires de la vie n'est pas contredite par les autres éléments du dossier, notamment le rapport d'examen clinique établi postérieurement par le SMR.

b) Dans leur rapport du 24 juillet 2017, les médecins du SMR soulignent que, grâce aux moyens auxiliaires obtenus (planche de bains, fauteuil roulant manuel, tabouret pour la salle de bains et scooter électrique), l'assurée est capable de gérer son quotidien. Tout en envisageant le remplacement des roues de la chaise roulante par des roues à propulsion électrique afin de ménager les épaules et le membre inférieur gauche, ils relèvent que, moyennant diverses adaptations (accélérateur à gauche ou au volant et acquisition d'un treuil pour ranger la chaise roulante sur le toit du véhicule ou dans le coffre), l'intéressée est capable de reprendre la conduite automobile. L'utilisation d'une canne,

voire de deux cannes, lui donnerait en outre une autonomie totale. En ce qui concerne l'adaptation du logement de l'assurée, les médecins du SMR indiquent que ses difficultés résident dans l'exiguïté de la salle de bains et l'accès à celle-ci. Compte tenu du sol rendu glissant par l'humidité qui y règne, l'intéressée est contrainte de se tenir aux meubles pour se déplacer. Selon les auteurs du rapport précité, il pourrait être remédié à ce désagrément en appliquant une surface antidérapante sur le sol et dans la baignoire pour éviter les glissades. La mise en place d'une poignée au mur pourrait également aider l'assurée pour les transferts et lui permettre de se stabiliser. A cela s'ajoute que si elle ne fait pas état de difficultés pour se vêtir ou se dévêtir, la recourante se dit néanmoins dépendante de son époux pour se rhabiller après avoir été aux toilettes, surtout lorsqu'elle porte des vêtements serrés. Or, rien ne l'empêche de porter des habits adaptés, ce qu'elle fait déjà à domicile. Pour l'essentiel, les obstacles rencontrés peuvent donc être contournés que cela soit par des moyens auxiliaires, l'adaptation du logement au handicap de l'assurée, voire par une stratégie consistant en la mise en place de diverses formes d'aide ou toute autre manière de faire.

c) Enfin, l'assurée avait confié à l'enquêtrice l'existence d'un trouble dépressif et de troubles mnésiques en relation avec l'état dépressif (cf. ch. 2.2 du rapport d'enquête sur l'impotence du 6 mars 2017). L'enquêtrice ne les ignorait donc pas. Elle en discute en relation avec le besoin d'accompagnement (cf. ch. 4.2 du rapport précité) et ses observations ne sont pas contredites par l'examen clinique psychiatrique du SMR effectué quelques semaines plus tard. Il est vrai que l'enquêtrice n'avait pas connaissance des limitations fonctionnelles retenues sur le plan psychiatrique dans le cadre de l'examen clinique réalisé au SMR. Cette ignorance n'est en l'état pas déterminante, vu le sort du recours.

6. Ceci exposé, il convient à ce stade d'aborder les griefs précis de la recourante relatifs à la violation de son devoir d'instruction par l'office AI s'agissant du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

a) La recourante fait valoir une dégradation de son état de santé psychique apparue dans le courant de l'été 2017, soit postérieurement à l'enquête d'impotence à domicile et à l'examen clinique du SMR mais antérieurement à la décision litigieuse. Il sera encore précisé que la non réception par l'office AI des documents déterminants ne revêt aucune incidence dans le cas d'espèce (cf. réponse du 17 janvier 2018).

b) De son côté, l'office AI se prévaut de l'avis du SMR du 8 janvier 2018 pour considérer qu'il n'y a pas matière à nouvelle appréciation. A lire cet avis, on constate que le SMR se concentre plus particulièrement sur le numéro de code CIM F 23.9, savoir le caractère aigu et transitoire du trouble psychotique, respectivement la brièveté de la psychose réactionnelle, pour réfuter l'existence d'une aggravation. Or, si le rapport du 19 février 2018 de la Dresse F._____ et de la psychologue J._____ mentionne effectivement ce code, c'est, d'une part, en relation avec un diagnostic de trouble psychotique qualifié de chronique. D'autre part, il apparaît à la lecture de ce rapport que l'épisode d'hallucinations n'est pas isolé. Il est en effet fait mention de plusieurs épisodes, avec diminution et augmentation des hallucinations, et non d'un seul épisode qui aurait conduit à l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique L._____. Les auteures du rapport auraient à tout le moins dû être interpellées en vue de lever cette apparente contradiction. Par ailleurs, il est inapproprié de relever l'absence de mention, dans le rapport des prénommées du 9 octobre 2017, d'une « description clinique (...) permettant d'objectiver une modification notable des limitations fonctionnelles » alors que rien n'indique que la question des limitations fonctionnelles, de surcroît en relation avec le besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, ait été posée à ses auteures. Au vu de la jurisprudence accordant un poids privilégié à l'appréciation médicale en présence de troubles psychiques, il se justifiait d'obtenir un complément d'information auprès de la Dresse F._____.

c) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément

au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires afin de déterminer s'il y a eu aggravation de l'état de santé psychique postérieurement à l'examen clinique du SMR, cas échéant avec quelles limitations fonctionnelles, une nouvelle enquête à domicile s'imposant quel que soit le résultat du complément d'instruction médical dans la mesure où, lors de l'enquête de mars 2017, l'enquêtrice n'avait pas connaissance exacte de l'état de santé psychique de la recourante.

7. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

8. a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'une mandataire professionnelle, a droit à des dépens, qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap (pour Q._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :