

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Berthoud et Mme Feusi, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

G. _____, aux [...], recourante, représentée par Me Stéphanie Brun Poggi,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
[...], intimé.

Art. 43 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. a) G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, divorcée depuis 2018, mère de deux enfants nés en 1994 et 2001, a travaillé du 27 septembre 1994 au 30 septembre 1997 en qualité d'ouvrière de fabrique auprès de [...] SA. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 29 octobre 1998, en raison de lombosciatalgies, de fibromyalgie de la région lombaire et de la ceinture pelvienne, de périarthrite de la hanche droite douloureuse et d'une petite hernie L5-S1.

Par décision du 1^{er} mai 2000, confirmant un projet du 15 mars 2000, l'OAI a rejeté la demande de prestations s'agissant de la rente et des mesures professionnelles. Saisi d'un recours, le Tribunal des assurances du Canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 1^{er} décembre 2000 (procédure AI 157/00 - 48/2001). Le jugement précité a ensuite été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances (arrêt TAF I 189/01 du 11 septembre 2001).

b) L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 2 avril 2002, laquelle a été rejetée par décision de l'office précité du 30 juillet 2002.

c) L'intéressée a déposé deux autres demandes de prestations les 19 février 2003 et 20 mai 2005, sur lesquelles l'OAI a refusé d'entrer en matière par décisions des 2 août 2004 et 26 septembre 2005.

d) Le 15 octobre 2013, l'assurée a déposé une cinquième demande de prestations, indiquant souffrir d'atteintes psychiatrique et orthopédique depuis de nombreuses années. L'OAI est entré en matière.

Il ressort d'un avis du Dr R._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 14 avril 2014 que l'assurée présenterait un syndrome algoneurodystrophique de l'épaule gauche à la

suite d'une opération survenue en mars 2013 et un état anxiodépressif. Selon ce praticien, la situation de l'assurée était claire sur le plan somatique, la capacité de travail étant de 30 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 5 février 2014. En revanche, la situation devait être précisée sur le plan psychiatrique.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assurée a notamment fait l'objet d'une expertise psychiatrique, le 17 avril 2015, par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 27 avril 2015, le Dr Z._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques) (F33.2) et indiqué que l'incapacité de travail était de 60 % sur le plan psychiatrique. Il a, pour le surplus, exposé ce qui suit :

« Conclusions

En conclusion, G._____ présente des troubles psychiques dont elle situe le début au milieu des années 1990, dans le post partum de son aînée.

Au départ, il était essentiellement question de plaintes somatoformes avec des diagnostics en conséquence. Depuis 2012, le tableau clinique a évolué vers un épisode dépressif moyen à sévère qui a pris aujourd'hui ses galons de chronicité.

En raison de cet épisode dépressif moyen à sévère, le soussigné considère qu'on doit admettre une incapacité de travail psychiatrique qu'il chiffre à 60%. Celle-ci remonte au 01.10.2012, en prenant comme référence le premier du mois de la prise en soins spécialisée chez la consœur D._____.

Ce 60% d'incapacité de travail psychiatrique est probablement resté globalement constant depuis lors et pourrait être fixé pour une longue durée.

L'intéressée conserve des ressources. Elles ont été mentionnées plus haut. D'un point de vue médico théorique et sur le plan strictement psychiatrique, on doit admettre que G._____ soit à même de travailler à 40% dans les activités qu'elle a exercées jusqu'ici.

Le traitement médical est adéquat tant en qualité qu'en quantité chez une assurée qui paraît par ailleurs observante de ce qui lui est prescrit. Le soussigné n'a pas de proposition à formuler dans ce cas.

G._____ pourrait théoriquement bénéficier de mesures professionnelles, dans la mesure où elle y aurait droit. Chez le soussigné, elle n'a pourtant jamais donné d'indices qu'elle entendait rejoindre le monde du travail.

Le pronostic à long terme est vraisemblablement réservé compte tenu des antécédents de l'intéressée et de ce que pourrait signifier sa prochaine séparation en termes de facteurs de stress ».

Dans une fiche d'examen du dossier établie le 15 juin 2015, l'OAI a retenu chez l'assurée ce qui suit :

« Statut à retenir : active à 100%.
LM dès le 1.10.2012.
Survenance le 1.10.2013
Demande tardive. Droit ouvert dès le 1.4.2014.

Exigibilité
Activité habituelle/Activité adaptée :
IT de 60% du 1.10.2012 au 27.3.2013
IT de 100% du 28.3.2013 au 4.2.2014

Dès le 5.2.2014, IT de 70% dans l'activité habituelle, mais IT de 60% dans activité adaptée.
Capacité de travail de 40% dans une activité adaptée.
Limitations fonctionnelles d'ordre somatique et psychiatrique ».

Par décision du 8 octobre 2015, confirmant un projet du 9 juillet 2015, confirmé, l'OAI a alloué à l'assurée un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2014, basée sur un taux d'invalidité de 60 %.

e) À la suite de la révision d'office de la rente d'invalidité, initiée par l'OAI avec effet au 1^{er} juillet 2018, le trois quart de rente d'invalidité, basé sur un degré d'invalidité de 60 %, a été maintenu (cf. communication de l'OAI du 1^{er} avril 2019).

Dans ce cadre, la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment posé, dans son rapport à l'OAI du 19 septembre 2018, les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques) (F 33.2), de syndrome douloureux persistant (F45.4) et de trouble mixte de la personnalité (dépendante et anxieuse) (F61.0). Elle a également indiqué que l'assurée présentait un état dépressif avec syndrome somatique qui se péjorait alors, mentionnant des troubles de la concentration, des difficultés à dormir, des douleurs lombaires et cervicales – pour lesquelles une IRM était prévue –, ainsi qu'une perte de l'appétit avec une perte de poids.

B. Le 20 février 2019, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, en indiquant avoir besoin

d'aide pour se vêtir/se dévêtir, pour se lever/s'asseoir/se coucher, pour manger (besoin d'aide pour couper les aliments à chaque repas), se déplacer/entretenir des contacts sociaux à raison de deux heures par jour, pour pallier la solitude et pour l'aider à faire les courses. Elle a également précisé qu'elle devait rester alitée la journée, sauf pour les repas. L'assurée a en outre indiqué avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, lui permettre de vivre de façon indépendante, pour établir des contacts sociaux et pour éviter l'isolement.

Dans un rapport du 14 mars 2019 à l'OAI sur les personnes impotentes, la Dre D. _____ a indiqué que compte tenu des difficultés de l'intéressée sur le plan de sa mobilité très restreinte, il était justifié qu'elle puisse être aidée dans les activités mentionnées, relevant d'énormes difficultés à faire les repas et soulignant que l'assurée devait manger mixé en raison d'une arthrose de l'articulation de la mâchoire. Elle a également souligné que l'intéressée ne pouvait pas se déplacer seule et n'entretenait plus de contacts sociaux. Elle a posé les diagnostics ayant une influence sur l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de syndrome douloureux persistant (F45.4) et de trouble de la personnalité (dépendante et anxieuse) (F61.0). S'agissant des difficultés rencontrées au quotidien par l'intéressée, la Dre D. _____ a exposé ceci :

« G. _____ rencontre de grosses difficultés sur le plan de la mobilité. Après diverses opérations vécues comme traumatologiques, elle n'a pas d'amélioration. La patiente a tendance à s'isoler et en raison de sa difficulté à se déplacer, elle n'établit pas de contacts avec les autres. Souvent son fils l'aide pour les gestes du quotidien et la patiente est reconnaissante de cette aide mais pense que ce n'est pas son rôle. La patiente sur le plan de l'humeur est susceptible de s'améliorer si les douleurs s'estompent et qu'elle retrouve une mobilité adéquate ».

Dans un rapport du 15 mars 2019 à l'OAI sur les personnes impotentes, la Dre M. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que le besoin d'aide aux déplacements lui semblait surévalué, précisant que les problèmes actuels de l'assurée étaient psychologiques et d'ordre ORL. S'agissant des diagnostics récents ayant une influence sur

l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome, la Dre M. _____ a indiqué des troubles dépressifs (F 33) avec une péjoration fin 2018, occasionnant une absence d'initiative et un retrait social, des troubles de la mastication (2018), une capsulite de l'épaule (2014) et des épicondylites (2018).

L'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée le 14 août 2019. Le rapport correspondant, rédigé le lendemain, ne retient aucun besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. S'agissant de l'acte « se vêtir/se dévêtir », l'enquêtrice de l'OAI a relevé que l'assurée, malgré ses douleurs, pouvait se vêtir lentement avec des vêtements amples ne nécessitant pas de boutonnage fin. Eu égard à l'acte « manger (couper ses aliments) », l'enquêtrice a consigné que l'intéressée, qui dit ne pas pouvoir mastiquer, mixait, par elle-même, l'ensemble de sa nourriture. Concernant l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'assurée gérait son quotidien, structurait ses journées et respectait ses rendez-vous. Elle demandait l'aide à des tiers pour l'accompagner si elle ne sentait pas suffisamment bien pour prendre la voiture. L'assurée gérait ses finances et s'occupait de ses factures. Les travaux lourds étaient exécutés par son mari ou son fils, qui l'aidait à faire la lessive. Le rapport du service des enquêtes du 14 août 2019 relevait que sur le plan psychique, l'assurée avait été hospitalisée début 2019 en raison d'idées suicidaires. En outre, il contenait notamment ce qui suit :

« 5. Remarques

Rencontre à domicile en présence de l'assurée. Celle-ci souffre de nombreuses atteinte[s] articulaires. Elle vient par ailleurs d'être opérée d'un tunnel carpien à gauche, ce qui actuellement la handicape.

Concernant le problème de l'épicondylite, celui-ci n'est pas réglé, selon les dires de l'assurée une nouvelle intervention devrait avoir lieu prochainement.

Au niveau psychique, l'assurée semble faire face aux situations quotidiennes de la vie. Elle n'a d'ailleurs aucune aide excepté[e] celle de sa famille, avec laquelle les rapports semblent compliqués. Elle est divorcée de son mari, vit toujours sous le même toit avec ses deux enfants, chacun occupant une partie de la maison et s'organisant en partageant les lieux communs. Il ne semble pas, a

priori, qu'il y ait beaucoup d'entraide et l'assurée très isolée se débrouille.

Il serait judicieux de questionner la Dresse D._____, psychiatre de laquelle nous n'avons pas de rapport récent. Elle pourrait se positionner sur les LF de notre assurée.

L'enquêtrice s'étonne que cette assurée ne bénéficie que d'un suivi de son médecin psychiatre à raison d'une fois par mois. Elle ne voit pas de psychologue, pas d'infirmière en psychiatrie, pas d'aide de ménage. Aucun soutien extérieur qui pourrait justifier d'un accompagnement.

Je reste à disposition pour discuter de ce dossier si nécessaire ».

Fondé sur le rapport d'enquête précité, l'OAI a rendu un projet de décision le 27 janvier 2020. Il a informé l'assurée de ses intentions de nier son droit à une allocation pour impotent, en l'absence d'un besoin d'aide pour au moins deux actes ordinaires de la vie et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie d'au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois.

L'assurée a produit ses observations le 22 février 2020, en indiquant avoir besoin d'aide pour faire face aux actes ordinaires de la vie, d'une aide pour le ménage, pour préparer ses repas et pour les transports. Elle précisait en outre s'être fait opérer du coude en début du mois, ce qui a créé de nouvelles difficultés pour faire face à ses besoins ; elle a joint le protocole opératoire.

Dans un avis SMR du 3 mars 2020, le Dr S._____ a considéré que la récente intervention n'apportait pas d'éléments supplémentaires, dans la mesure où l'assurée présentait des douleurs des deux membres supérieurs depuis de nombreuses années qui avaient déjà été prises en compte lors de l'évaluation de l'impotence. Il soulignait que l'intervention avait pour but d'améliorer ces douleurs. Du point de vue psychiatrique, le SMR a relevé que le rapport de la Dre D._____ de mars 2019 ne décrivait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques entraînant la nécessité d'avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour faire face aux nécessités de la vie.

Par décision du 27 mars 2020, l'OAI a confirmé son projet du 27 janvier 2020.

C. Par acte du 20 mai 2020, G._____, représentée par Me Stéfanie Brun Poggi, a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Elle a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, la recourante a en substance soutenu avoir besoin d'aide pour au moins trois actes ordinaires de la vie, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et que les pièces figurant au dossier, soit notamment le rapport d'enquête à domicile et l'avis SMR du 3 mars 2020, ne permettent pas de trancher les questions contestées. Elle a à cet égard fait valoir un manque d'instruction du cas sur le plan psychiatrique.

Par décision du 26 mai 2020, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 mai 2020, dans la mesure de l'exonération des avances et des frais judiciaires et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Stéfanie Brun Poggi.

Dans sa réponse du 6 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il précise ne pas être tenu de suivre les recommandations faites par l'enquêtrice à domicile et considère que l'avis médical du SMR est suffisant.

Par réplique des 23 et 26 novembre 2020, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions, et déposé un lot de pièces supplémentaires, tendant à démontrer une péjoration de son état de santé. Elle sollicite une suspension de la procédure.

Dans sa duplique du 10 décembre 2020, l'intimé a estimé inopportun de suspendre la procédure. Prenant note de l'aggravation de

l'état de santé de la recourante, l'OAI a rappelé que les faits nouveaux postérieurs à la décision devaient faire l'objet d'une nouvelle demande.

Le 5 janvier 2021, la recourante a déposé des déterminations.

Le 26 janvier 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Par courrier du 1^{er} mars 2021, la juge instructrice a octroyé un délai à la recourante pour produire sa réplique, ainsi que des pièces supplémentaires.

En date du 26 avril 2021, la recourante a produit des pièces médicales, soit un rapport d'IRM de la colonne cervicale et un rapport du Dr [...].

Le 12 mai 2021, l'intimé a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours, se basant notamment sur les conclusions du SMR du 4 mai 2021, jointes en annexe.

La recourante a déposé des déterminations le 12 juillet 2021, à l'appui desquelles elle maintenait en substance ses conclusions.

Par courriers du 17 août 2021, la juge instructrice a rejeté la demande de suspension de la procédure et sollicité de Me Brun Poggi le dépôt de la liste des opérations, qui a été produite le 31 août 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et

art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, vu la situation extraordinaire en lien avec le coronavirus, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence pour prolonger les fêtes judiciaires pascales telles que prévues par l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, et les a fixées du 21 mars au 19 avril 2020 (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4). Le recours a ainsi été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte que le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur 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 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.

b) 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 (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 (al. 3, 1^{ère} phrase).

4. a) 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.

b) 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).

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).

d) 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).

5. a) 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^{er} 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 297 consid. 4a et les références).

b) De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

c) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée

requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; ch. 8011 CIIAI).

d) 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 ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

e) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8029 et 8030 CIIAI).

6. a) Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il 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 références citées).

b) Dans la première 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 (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers). La nécessité de l'aide apportée par une tierce personne pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Dans la deuxième éventualité mentionnée à l'art. 38 al. 1, let. b, RAI, 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 (p.ex. les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur). Dans la troisième éventualité envisagée par l'art. 38 al. 1, let. c, RAI, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que la perte de contacts sociaux et, partant, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_425/2014 du 26 septembre 2014, consid. 4.1 et références citées).

c) L'accompagnement doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans

l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placée en home ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 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).

d) Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie, 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 (TF 9C_691/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.2).

e) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire 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).

7. a) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres

de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_ 567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et références citées).

c) L'aide exigible de tiers dans la cadre de la réorganisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée. Sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens dans le cas où l'assuré fait ménage commun avec son épouse ou un membre de la famille, on ne saurait exiger de cette personne qu'elle assume toutes les tâches ménagères de l'assuré après la survenance de l'impotence si cela ne correspondait pas déjà à la situation antérieure (TF 9C_ 567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4).

8. 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 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) 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 et 128 V 93).

9. En l'espèce, eu égard à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne, on observe d'emblée une dichotomie entre les données consignées par l'enquêtrice de l'intimé dans le rapport du 15 août 2019 et les informations communiquées par le corps médical assurant le suivi de la recourante.

a) Concernant ces actes, l'enquêtrice de l'intimé n'a pris en compte aucun empêchement à les effectuer. Elle a estimé pour l'essentiel que leur accomplissement pouvait être exécuté en y consacrant plus de temps et avec lenteur. Elle a toutefois concédé que la recourante souffrait de nombreuses atteintes articulaires, qu'elle était actuellement handicapée par un tunnel carpien gauche récemment opéré et que le problème de l'épicondylite n'était pas réglé (cf. rapport d'enquête du 15 août 2019, p. 6). Sur le plan psychique, l'enquêtrice a relevé que l'intéressée semblait faire face aux situations quotidiennes, qu'elle nécessitait l'aide de sa famille - soulignant qu'elle était divorcée - et préconisait de questionner la psychiatre traitante afin qu'elle se positionne sur ses récentes limitations fonctionnelles.

b) Les rapports médicaux versés en l'état au dossier de la recourante ne fournissent pas de renseignements précis sur les limitations fonctionnelles découlant des diverses atteintes à la santé diagnostiquées en l'occurrence. Il est certes établi que la recourante souffre de

nombreuses douleurs sur le plan somatique, ainsi que des atteintes au niveau psychique, qui ont d'ailleurs motivé la requête d'allocation pour impotent déposée auprès de l'intimé le 20 février 2019. La problématique psychiatrique a d'ailleurs été reconnue par l'OAI dans le cadre de l'octroi du trois-quarts de rente d'invalidité. Le diagnostic de syndrome douloureux persistant a en outre été posé par la psychiatre traitante (cf. rapport de la Dre D. _____ des 19 septembre 2018 et 14 mars 2019). On ignore toutefois en l'état si la symptomatologie douloureuse et les difficultés alléguées par la recourante, à l'appui de sa demande d'allocation pour impotent, sont dans l'ensemble représentatives de ces atteintes. A cet égard, les pièces médicales produites par la recourante, tant au stade de la procédure d'audition qu'auprès de la Cour de céans, ne fournissent aucune précision. La Dre D. _____ a mentionné des difficultés avec l'accomplissement de la plupart des actes ordinaires de la vie. Elle a pour l'essentiel attribué ces difficultés aux importantes douleurs rapportées par la recourante, sans toutefois en expliquer l'origine. On relèvera en outre que la recourante n'a fait l'objet d'aucune investigation sous le plan rhumatologique, nonobstant le diagnostic de syndrome douloureux persistant posé à plusieurs reprises. Par ailleurs, les problématiques liées au coude, ayant justifié l'opération après l'enquête à domicile, n'ont pas été investiguées plus avant et rien ne permettait de conclure, à l'instar du SMR, que cette intervention aurait amélioré les douleurs de la recourante.

En outre, sur le plan psychiatrique, les éléments figurant au dossier ne permettent pas d'établir les limitations fonctionnelles dont souffre la recourante, ni leur impact sur sa capacité à assurer les actes ordinaires de la vie. On ne saurait à cet égard rejoindre les conclusions du Dr S. _____, du SMR, lorsqu'il indique que le rapport de la Dre D. _____ ne décrivait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques entraînant la nécessité d'avoir besoin de l'aide d'une tierce personne (cf. rapport du SMR du 3 mars 2020). Ce constat apparaît en effet en contradiction avec les conclusions posées par la psychiatrique traitante, ce que l'enquêtrice a d'ailleurs relevé, mentionnant expressément qu'il convenait de réinterroger la Dre D. _____ afin d'obtenir des précisions quant aux

limitations fonctionnelles d'ordre psychique. S'il est vrai que l'OAI n'est pas lié, en tant que tel, par les conclusions de l'enquêtrice, il n'en demeure pas moins que, dans le cas d'espèce, l'instruction aurait dû être poursuivie sur ce point.

10. Les divergences entre les constats ressortant de l'enquête à domicile et les pièces médicales, singulièrement les allégations de la recourante, sont également notables eu égard au besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

a) L'enquêtrice de l'intimé a fait état des capacités de la recourante à gérer son quotidien, sa médication et structurer ses journées, ainsi qu'à s'occuper des affaires administratives. Elle n'a finalement mentionné une aide que pour accomplir des travaux ménager lourds, assumés par le fils ou le mari de la recourante. Il sied à cet égard de relever que la recourante ne vit plus avec son mari, de sorte qu'on ne saurait se fonder sur une aide de ce dernier.

b) Quant aux rapports médicaux produits par la recourante, ils relatent des difficultés supplémentaires pour la gestion du quotidien, singulièrement dans la préparation des repas et le transport de charges, dont les courses, lesquels seraient assurés par les proches de la recourante. Ces éléments, qui apparaissent certes plausibles au vu des atteintes affectant la recourante, sont toutefois insuffisamment étayés pour être retenus tels quels au titre de besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens entendu par l'art. 38 RAI. En outre, il ne figure pas au dossier d'éléments suffisamment étayés pour déterminer l'impact des troubles psychiques de la recourante sur sa capacité à établir des contacts sociaux, les Drs D. _____ et M. _____ relevant chez la recourante une tendance à s'isoler, l'absence de contact avec les autres et un retrait social (cf. rapports des 14 et 15 mars 2019).

11. En définitive, force est de constater qu'il n'est pas possible de se prononcer en l'état sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent. Fait défaut dans le cas particulier un tableau clinique précis

reflétant l'état de santé objectif de la recourante et les conséquences fonctionnelles engendrées par les différentes atteintes à la santé l'affectant que ce soit sur le plan psychique ou somatique.

12. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il incombait à l'intimé, en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, de procéder à une instruction complète de la situation médicale afin de déterminer précisément les limitations fonctionnelles de la recourante avant de procéder à l'enquête à son domicile. En l'absence d'un tableau clinique complet, objectif et cohérent, il n'est pas possible d'accorder une pleine valeur probante au rapport du SMR du 3 mars 2020. Il n'est pas non plus envisageable de retenir les avis des médecins traitants de la recourante, lesquels n'apparaissent pas suffisamment précis. Il appartient dès lors à l'intimé de compléter les pièces médicales et de procéder à toute mesure d'instruction utile afin de fixer les limitations fonctionnelles pouvant être prises en compte in casu. Il s'agira ensuite de confronter les conclusions médicales objectives aux données ressortant de l'enquête réalisée au domicile de la recourante et d'examiner si les restrictions rapportées par ses médecins traitants peuvent ou non être suivies. L'intimé déterminera, cas échéant, la nécessité d'un complément d'enquête au domicile de la recourante.

13. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis 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'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. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

(art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr. débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. Ce montant suffit à couvrir ce qui aurait pu être alloué au titre de l'assistance judiciaire, étant précisé que la liste des opérations produites par le mandataire en vue de son indemnisation d'office n'aurait quoi qu'il en soit pas pu être prise en compte dans son intégralité. Le nombre d'heures annoncé, de 19h40, dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, l'avocat a annoncé près de six heures de travail de travail eu égard à des correspondances – pour la plupart adressées à sa cliente –, ce qui apparaît très manifestement excessif.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 27 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
- 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 G. _____ un montant de 3'000 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Stéfanie Brun Poggi (pour G. _____),
- 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).

La greffière :