

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 octobre 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Dessaux, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

D. _____, à [...] (TI), recourante, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 Cst ; art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37, 38 et 69 RAI.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants majeurs, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a déposé le 18 janvier 2013 une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à la prise en charge d'une perruque. Cette demande a été contresignée par la Dre L._____, spécialiste en neurologie et médecin responsable d'unité à la Clinique N._____, qui y a indiqué que l'assurée avait été opérée pour une rupture d'anévrisme le 3 décembre 2012 et hydrocéphalie le 24 décembre 2012, en précisant que l'absence de chevelure à droite modifiait l'aspect extérieur de la patiente.

Le 26 février 2013, le Dr BB._____, spécialiste en neurologie à l'Hôpital P._____, a indiqué que l'assurée avait séjourné dans ledit hôpital du 2 au 31 décembre 2012. Il a en outre listé les différentes interventions qu'elle avait subies. Il a joint à son envoi ses rapports des 31 décembre 2012 et 4 février 2013.

B. Le 9 octobre 2013, l'assurée a rempli un formulaire de détection précoce, en précisant avoir travaillé du 1^{er} septembre 2002 au 30 novembre 2010 comme secrétaire pour le compte de la Haute Ecole S._____, à des taux variant entre 40 et 70 %. Elle avait été en incapacité totale de travailler à compter du 28 novembre 2012, en raison d'un AVC [accident vasculaire cérébral].

C. Le 26 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « AVC », l'atteinte existant depuis le 28 novembre 2012.

Le 20 mai 2014, le Professeur V._____, spécialiste en neurologie, a indiqué ce qui suit à l'OAI :

« Suite à votre demande du 27 mars 2014, j'ai revu la patiente récemment.

Il m'est difficile de donner des précisions concernant la demande d'une rente AI complète ou partielle avant que nous ayons pu terminer nos investigations complémentaires et surtout un bilan neurocognitif qui se fera auprès de la Professeure R. _____ au Centre hospitalier H. _____.

Dès cette évaluation terminée, je ne manquerai pas de préciser le questionnaire concernant la patiente susnommée pour une réinsertion professionnelle éventuelle ou une rente AI. »

Il résulte d'un avis du 9 juillet 2014 du Dr K. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) ce qui suit :

« Assurée employée de commerce, avec dernier emploi de 2002 à novembre 2010 à la Haute Ecole S. _____ de [...]. Depuis elle indique qu'elle est femme au foyer.

Elle dépose une demande de MA [moyens auxiliaires] (perruque) après la perte de ses cheveux suite à de multiples irradiations (CT, angiographies répétées).

Dans un premier temps on lui a conseillé de ne pas déposer de demande.

Elle a subi une hémorragie sous-arachnoïdienne fin novembre 2013, avec transfert de [...] à l'Hôpital P. _____ où elle a séjourné du 2 au 31.12.2013. Son atteinte est peu banale :

Hémorragie sous-arachnoïdale provenant d'une artère basilaire, compliquée par de multiples spasmes vasculaires et développements d'états comateux, ayant nécessité de multiples mesures urgentes de coiling, de spasmolyses par Nimotop et de pose de drainage ventriculaire.

Finalement l'évolution a été favorable, avec récupération des fonctions principales, mais persistance d'une perte des cheveux attribuée aux multiples irradiations, de troubles visuels (baisse de l'acuité, diplopies par intermittence) possiblement induits par une cataracte due aux irradiation[s] et d'autres troubles (parésie d'une branche buccale, faiblesse aux membres inférieurs, troubles de l'odorat, troubles de la mémoire, céphalées lors d'efforts physiques). A noter que l'assurée semble ne garder aucun souvenir de ce séjour hospitalier.

Au contact téléphonique l'assurée semble avoir un fort caractère et ne veut fournir sans autre des informations (cf. lettre du 14.02.2014).

A mon avis son état de santé n'est pas stabilisé, le suivi est en cours, en particulier un examen neuropsychologique.

Je ne vois pas l'utilité de mesures professionnelles.

Le status de l'assurée n'est pas clair : Est-elle à considérer comme active ou comme femme au foyer ?

Le prof. V._____ a promis de donner suite à la demande de rapport. Est-ce qu'il va le faire ? Je propose de le relancer si en novembre nous n'avons pas reçu son rapport médical. La lettre de sortie de l'Hôpital P._____ est adressée à la Dre [...], généraliste à [...]. Je propose de l'interroger, cela me semble compatible avec la lettre de l'assurée du 14.02.2014. »

Dans un rapport du 4 septembre 2014, le Prof V._____ a fait état d'une capacité de travail de 50 %, soit au taux de 40-70 % du taux de 70 % dans l'activité exercée à ce jour. Il a en outre précisé que dans une activité adaptée, on pouvait s'attendre à une reprise au taux de 50 % environ. Il a joint à ce rapport copies de plusieurs rapports parmi lesquels :

- un rapport du 31 janvier 2013 des Drs CQ._____, spécialiste en neurologie, et L._____, dont il ressort que l'assurée a séjourné du 31 décembre 2012 au 17 janvier 2013 pour neuro-rééducation à la Clinique N._____;
- un rapport du 27 mai 2014 du Dr F._____ du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier H._____, selon lequel même si elle n'avait objectivement pas de déficit sensitif ou moteur ni de troubles de la marche, elle souffrait d'un syndrome post-hémorragie sous-arachnoïdienne avec d'importants troubles cognitifs, une sensation de fatigue permanente et des troubles de la concentration et de l'humeur avec labilité émotionnelle ;
- un rapport du 14 juillet 2014 de la Prof. R._____, cheffe du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier H._____, qui estimait notamment que le tableau séquellaire neuropsychologique était de nature à diminuer la capacité de travail et qu'il était fort probable que le taux d'activité soit diminué et se situe autour de 70 % et que le rendement, dans ce contexte, se situe entre 40 et 70 % ;
- un rapport du 5 août 2014 du Prof V._____, selon lequel l'examen neurologique qu'il avait pratiqué le 28 juillet 2014 était parfaitement normal.

Le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale, a déposé son rapport le 10 novembre 2014 auquel il a joint divers rapports médicaux. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme au niveau de l'artère basilaire en décembre 2012, de fléchissement mnésique antérograde verbal et fatigabilité accrue, d'hypertension artérielle labile et de céphalées de type migraine. Quant à la capacité de travail, il a mentionné que la Prof. R._____ estimait qu'elle était d'environ 70 %. Selon le rapport du 5 août 2014 du Prof V._____ joint à l'envoi du Dr Y._____, faisant suite à la consultation neurologique du 28 juillet 2014, l'examen neurologique était actuellement parfaitement normal.

Dans un avis médical du 23 janvier 2015, le Dr Z._____ du SMR a relevé ce qui suit :

« Cette assurée suisse de [...] ans, mariée, deux enfants nés en [...] et [...], est employée de commerce et a travaillé de 2002 à novembre 2010 à la Haute Ecole S._____ de [...]. Elle est sans emploi depuis 2010, femme au foyer.

Elle présente brutalement fin novembre 2012 un syndrome méningé (fortes céphalées, nausées, vomissements, raideur de la nuque, phono/photophobie) mettant en évidence une hémorragie sous-arachnoïdienne en rapport avec la rupture d'un anévrisme basilaire. Hospitalisée initialement à la Clinique [...] à [...], elle est ensuite transférée à l'Hôpital P._____, où elle séjournera du 02 au 31.12.2012. L'évolution sera émaillée de multiples spasmes vasculaires, développement d'états comateux, ayant nécessité des mesures urgentes de coiling, spasmolyses par Nimitop, pose de deux stents, et d'une dérivation ventriculaire externe suite à la survenue d'une hydrocéphalie secondaire.

Elle développera rapidement une alopécie secondaire aux multiples irradiations (CT et angiographies répétées) pour laquelle une demande de MA (perruque) sera aussi faite initialement auprès de l'Al. Séjour de réhabilitation par la suite à la Clinique N._____ du 31.12.2012 au 18.01.2013. Evolution finalement favorable, avec récupération des fonctions principales, mais persistance d'une alopécie, de troubles visuels et autres (troubles de l'odorat, faiblesse MI, troubles de la mémoire).

Le neurologue Pr V._____ la revoit en urgence le 05.08.2014 pour de nouvelles céphalées : le status neurologique est tout à fait normal. Néanmoins, dans un courrier daté du 20.05.2014, il préconisait la réalisation d'un bilan neuro-psychologique auprès de la Dre R._____ du Centre hospitalier H._____. Cette dernière effectue ce bilan les 18.06 et 08.07.2014, montrant certes une nette amélioration sur le plan cognitif par rapport à l'évaluation faite lors

du séjour à Clinique N._____, mais avec un fléchissement mnésique antérograde verbal, une fatigabilité accrue et un discret ralentissement. La CT [capacité de travail] est alors selon elle diminuée à 70 % avec une diminution de rendement.

Le Pr V._____ est tout à fait en accord avec les conclusions de la Dre R._____, et atteste les troubles cognitifs séquellaires à l'hémorragie méningée, et confirme ainsi l'exigibilité maximum de 50 % correspondant au taux de 70 % avec diminution de rendement de 30 % environ selon le Dr R._____. »

Une enquête ménagère a été menée le 3 août 2015 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 11 août 2015, l'enquêtrice a estimé qu'il convenait de retenir un statut de mi-active mi-ménagère jusqu'à fin 2012, puis d'active à 100 % dès janvier 2013. Les incapacités ménagères ont été estimées à 35,2 %.

Par décision du 10 juin 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014.

D. Par acte du 11 juillet 2016, D._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec intérêts à 5 % l'an, à compter du 1^{er} juillet 2013, subsidiairement du 1^{er} mars 2014, les rentes pour enfants étant adaptées en conséquence. Avec son recours, elle a notamment produit un rapport du 3 juin 2016 du Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie, qui a constaté la stabilité clinique et radiologique à la suite de la dérivation ventriculo-péritonéale, prévoyant de revoir la patiente en mai 2017 pour un contrôle clinique. Un suivi ophtalmologique était également proposé, ainsi qu'une consultation spécialisée des céphalées.

Par arrêt du 22 mars 2017 (cause AI 180/16 - 98/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours, en retenant en particulier ce qui suit (consid. 5) :

« 5. S'agissant de la capacité de travail, dans son avis du 14 juillet 2014, la Dre R._____ n'a pas indiqué si les informations qu'elle avait données, à savoir un taux d'activité de 70% avec un rendement entre 40 et 70 %, devaient s'entendre dans l'activité habituelle de l'assurée ou dans une activité adaptée. Le Dr

V. _____ a toutefois quant à lui précisé cet aspect dans son rapport du 4 septembre 2014, en retenant les mêmes taux d'activité que ceux retenus par la Dre R. _____ dans l'activité habituelle, mais en estimant par contre le degré de capacité de travail à 50 % environ dans une activité adaptée. Cette appréciation n'est pas contredite. La recourante elle-même ne la remet pas sérieusement en cause, se contentant de déplorer que le Dr Z. _____ du SMR ne l'ait pas examinée, ni n'ait pris contact avec ses thérapeutes.

Or ce médecin a étudié l'entier des pièces médicales au dossier - savoir en particulier celles émanant des médecins de la recourante - et a confirmé le taux de 50 % retenu par le Dr V. _____ (cf. avis du 23 janvier 2015). Dans la mesure où les éléments médicaux ne sont pas contradictoires, et permettaient au SMR de se déterminer en connaissance de cause sur les atteintes de la recourante, le fait que le Dr Z. _____ ne l'ait pas examinée est sans incidence sur l'issue du litige. Le rapport du Dr X. _____ du 3 juin 2016 produit à l'appui du recours vient quant à lui confirmer la stabilité clinique et radiologique à la suite de la dérivation ventriculo-péritonéale, sans attester de péjoration de l'état de l'assurée.

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé selon laquelle l'assurée est en mesure d'exercer une activité adaptée au taux de 50 %. »

Cet arrêt a été confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 30 octobre 2017 (cause 9C_376/2017). La demande de révision que la recourante a dirigée contre cet arrêt a été rejetée par le Tribunal fédéral le 22 mars 2018 (cause 9F_1/2018).

E. Par courrier du 3 mai 2018, alors que l'OAI l'avait informée le 25 avril 2018 que son dossier était maintenu fermé auprès de lui, ses différents recours ayant été rejetés, l'assurée a sollicité la révision de son dossier, en lui demandant de prendre contact avec son médecin traitant, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale.

Invitée à rendre plausible une aggravation de son état, elle a produit le 3 juin 2018 un rapport du 28 mai 2018 du médecin précité, selon lequel elle souffrait de troubles psychiatriques sévères qui n'avaient jamais été pris en compte, sous forme de dépression larvée sévère avec somatisation, et qu'elle avait présenté un état de stress post-traumatique chronique qui avait amené à une modification durable de sa personnalité. Le Dr M. _____ était d'avis que le taux d'invalidité de sa patiente était de 100 % et qu'une révision de la rente était importante.

Le 13 juin 2018, le Dr W._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en place un examen/expertise psychiatrique.

Sur le formulaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué le 25 juin 2018 exercer une activité bénévole consistant à « prêter une oreille attentive aux personnes lésées par le système des assurances sociales dans notre canton », « pour les personnes lésées par les décision[s] incompréhensibles et inadéquates de l'OAI ou de leur assureur-maladie ».

L'OAI a désigné le Dr A._____ pour procéder à l'expertise psychiatrique, ce dont l'assurée a été informée par avis du 1^{er} février 2019, auquel était joint le questionnaire de l'OAI à l'expert.

Le 14 mars 2019, l'époux de l'assurée a adressé à l'OAI une procuration signée par cette dernière, selon laquelle elle lui délèguait tout pouvoir pour la représenter valablement et défendre ses intérêts auprès de l'Office AI du canton de Vaud.

L'assurée a été convoquée le 20 mars 2019 par l'expert A._____. Un examen neuropsychologique complémentaire a été mis en œuvre le 23 avril 2019 auprès du neuropsychologue J._____.

Dans son rapport à l'OAI du 6 mai 2019, le Dr A._____ a listé les plaintes de l'expertisée, puis établi son anamnèse. Dans ce cadre, il a notamment relevé qu'elle n'avait pas de psychiatre, « estimé non nécessaire ». Il n'a retenu aucun diagnostic au plan psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, il a fait état de troubles neuropsychologiques légers à moyens, la capacité de travail étant de 75 %, avec baisse de rendement de 20 %, dans des activités administratives ne sollicitant pas la mémoire visuelle.

L'assurée a déposé le 21 mai 2019 une demande d'allocation pour impotent, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 28 novembre 2012, date à compter de laquelle elle a indiqué que la

majorité des déplacements devait se faire avec un accompagnant, mentionnant l'impossibilité de prendre les transports en commun. Elle a ajouté avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, en indiquant que depuis l'atteinte à la santé, les tâches quotidiennes (ménage, cuisine, entretien, courses, lessive...) étaient effectuées par son époux, et le repassage donné à l'extérieur ; elle avait aussi besoin d'être accompagnée pour les rendez-vous médicaux et les sorties, et de pouvoir compter sur une tierce personne pour le soutien physique en raison de sa fatigabilité extrême. Sur le formulaire, elle a indiqué que le nombre d'heures d'aide était de 12 à 30 par semaine, en fonction des rendez-vous médicaux et/ou des sorties prévues.

Par avis SMR du 6 juin 2019, le Dr W._____ a estimé que les arguments fournis par l'expert A._____ étaient convaincants et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de ses conclusions.

Le 12 juillet 2019, une copie du rapport d'expertise a été transmise au médecin traitant de l'assurée, le Dr M._____.

A sa requête, l'OAI a adressé à l'assurée une copie complète de son dossier le 25 juillet 2019.

A la requête de l'époux de l'assurée, l'OAI a reçu dans ses locaux l'assurée, le 5 septembre 2019, accompagnée de son époux et de son fils, titulaire d'un brevet d'avocat. A cette occasion, ils sont revenus sur la prise en charge initiale (2013), et ont fait valoir que l'intéressée s'était montrée sous son meilleur jour lors de l'expertise psychiatrique, qui n'était selon eux pas probante. Ils ont alors été invités à faire part de leurs observations par écrit.

Une première enquête ménagère était planifiée le 1^{er} octobre 2019 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a toutefois relevé dans son rapport du même jour que l'assurée n'était pas présente en raison d'une consultation médicale fixée tout récemment, l'époux de l'intéressée ayant expliqué qu'étant au bénéfice d'une procuration, lui et son épouse

n'avaient pas pensé utile d'informer l'enquêtrice de cette absence. A cette occasion, l'enquêtrice avait expliqué que la présence de l'assurée était indispensable. On peut encore lire ce qui suit dans ce rapport du 1^{er} octobre 2019 :

« M. D. _____ indique que son épouse est capable d'assumer les actes courants de la vie quotidienne, à son rythme et non sans peine, mais il s'agit plutôt d'examiner l'impotence sous l'angle de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ».

L'enquête ménagère a finalement eu lieu le 5 novembre 2019 au domicile de l'assurée, en présence de son époux. L'enquêtrice y a résumé l'atteinte à la santé de l'assurée, puis a notamment relevé ce qui suit (sic) :

« Compléments d'informations dans le rapport d'expertise médicale réalisée le 6.5.2019 par le Dr A. _____ (psychiatrie-psychothérapie)

Depuis son atteinte à la santé, Mme ne peut plus assumer ses tâches ménagères (enquête ménagère réalisée le 3 août 2015 par l'OAI VD).

Mme exprime un besoin d'être accompagnée pour toutes les sorties extérieures, rendez-vous médicaux... L'accomplissement des actes courants de la vie quotidienne lui demandent beaucoup d'efforts et d'énergie, mais elle est apte à les assumer de manière indépendante en les exécutant à son rythme.

Elle mentionne également une fragilité psychique et une fatigabilité extrême.

Mme D. _____ évoque son vécu traumatisant suite à ses nombreuses hospitalisations qui ont été choquants. Aujourd'hui, Mme reste perturbée par cette expérience.

Ce traumatisme se traduit chez Mme D. _____ par un besoin d'exprimer et de se rappeler ce qu'elle a dû endurer et vivre et qui a comme conséquence plus aucun plaisir et d'entrain dans les activités basiques de la vie. Elle exprime ceci comme étant prisonnière de son corps et vivant dans une cage dorée. Mme D. _____ dit ne plus pouvoir se concentrer sur les tâches du quotidien et cette passivité l'affecte beaucoup et elle se culpabilise vis-à-vis de de son mari, qui est sa béquille.

Mme D. _____ ne ressent plus vraiment d'envie de poursuivre les occupations et intérêts qu'elle effectuait auparavant et n'a plus de projet d'avenir. Il lui reste tout au plus un certain plaisir à passer quelques jours dans des régions plus chaudes et moins humides.

Elle mentionne qu'elle n'a plus aucune qualité de vie, n'arrivant plus se réjouir ou montrer un moindre intérêt pour quoique que ce soit.

Mme rencontre des difficultés de concentration, ressent une fatigue constante, des maux de tête et son humeur est toujours triste.

Sa vie se résume à être dépendante d'autrui pour toutes ses sorties et son quotidien reste dénué de sens. Mme a récemment fait les démarches et établit un document sur des directives anticipées qui

devront être respectées si Mme n'est en plus en mesure de prendre des décisions. »

L'enquêtrice a ensuite répondu par la négative à toutes les questions. Elle a ainsi nié le besoin d'une aide régulière de l'assurée pour les actes de se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher, manger, faire sa toilette (soins du corps), aller aux toilettes et se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts. S'agissant de ce dernier acte, l'enquêtrice a noté ce qui suit :

« Mme D._____ possède un certificat médical mentionnant une impossibilité à emprunter les transports en commun en raison de problème d'orientation.

Selon expertise, Mme ne conduit plus depuis fin 2017 en raison de problème visuel. Elle a repris depuis peu la conduite avec une voiture automatique pour des petites distances et elle doit utiliser le GPS. Le 1^{er} octobre 2019, Mme s'est rendue seule chez son neurologue à X.6._____. Cependant, ce trajet lui est connu (X.2._____ - X.5._____) et de courte durée. Mme D._____ précise qu'il lui est indispensable d'être assistée par le GPS pour s'orienter.

Cependant, elle n'a assumé que l'aller. Pour le retour, M. a été la rejoindre en train (il est en possession d'un abonnement demi-tarif) et a assumé la conduite jusqu'à leur domicile. Il arrive que M. ne soit pas disponible et c'est alors un ami proche de la famille qui assume le trajet au besoin. Le vétérinaire : M. assure les consultations. »

L'enquêtrice a aussi répondu non à la question de savoir si l'assurée avait régulièrement besoin, à raison de deux heures hebdomadaires, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. Le rapport a la teneur suivante à cet égard (sic) :

« 4.2.1 Prestations d'aide permettant de vivre de manière indépendante :

La personne est-elle capable de structurer ses journées, questions de santé : gérer les médicaments, les commandes, la pharmacie, hygiène, activités administratives simples, prendre un rdv médical par exemple.

Structurer la journée, planifier des rendez-vous, organiser le déroulement de la journée.

En ce qui concerne les tâches ménagères, le couple n'a pas d'aide extérieure, Mme D._____ peut donner des instructions et des consignes à son mari et constater si celles-ci ont été effectuées. M. travaille au sein d'une [...] dans le canton de Vaud à temps complet et ne rentre pas à midi. Mme D._____ est cependant capable d'assumer des petites tâches, comme ôter la poussière à sa hauteur, mais un sur une courte durée par exemple ou mettre quelques

affaires dans le lave-vaisselle, nettoyer la table.... Tout est effectué en fonction des possibilités du moment, rien ne peut être anticiper. Pour la lessive, M. reçoit des consignes orales de son épouse pour le tri des vêtements et ensuite, il assure la mise en route des machines. Le repassage est donné à l'extérieur.

Il faut tenir compte de la réduction du dommage par les membres de la famille, soit le mari. On est en droit d'exiger de lui une aide au ménage

Pour les prises de rendez-vous, Mme est en mesure de téléphoner, cependant elle est toujours tributaire des disponibilités de son mari.

Pour la gestion des médicaments, Mme est autonome pour la posologie et la prise. Elle se rend toujours à la même pharmacie à [...], et lorsqu'elle doit effectuer une commande, elle fait un e mail à la pharmacie avec le soutien de son mari et le couple regroupe plusieurs rendez-vous le samedi et vont ensemble.

Les affaires administratives sont également effectuées en commun avec le soutien de son mari qui prépare les correspondances, supervise et en principe, Mme n'a plus qu'à signer. Elle n'est plus capable d'assurer quoique ce soit en raison de maux de tête, un mal qui la tient constamment, mais elle vit avec et n'en parle pas. Mme reste cependant très positive, mais elle reste tributaire de son mari pour toutes les affaires du quotidien, c'est lui qui la guide, supervise et prend les initiatives.

Mme ajoute également qu'elle n'arrive plus calculer et la lecture n'est plus possible, car sa mémoire est déficiente et elle ne retient pas ce qu'elle a lu et ceci déjà sur un court paragraphe.

Pour l'achat de vêtements, Mme avoue ne plus avoir beaucoup d'envie pour ce genre d'activité, mais le shopping se fait en vacances avec son mari.

4.2.2 Accompagnement pour les activités et les contacts hors du domicile :

Pour les consultations médicales ou autre, son époux doit toujours les lui rappeler constamment, la veille ou quelques jours avant. Après une consultation chez un médecin, Mme présente en principe son agenda à la secrétaire et qui gère avec elle le jour et l'heure qui lui conviennent. Mme D._____ est en principe tributaire d'une tierce personne pour tous les trajets, mais elle est cependant seule durant la consultation.

Mme D._____ possède un certificat médical mentionnant une impossibilité à emprunter les transports en commun en raison de problème d'orientation.

Selon expertise, Mme ne conduit plus depuis fin 2017 en raison de problème visuel. Elle a repris depuis peu la conduite avec une voiture automatique pour des petites distances et elle doit utiliser le GPS. Le 1^{er} octobre 2019, Mme s'est rendue seule chez son neurologue à X.6._____. Cependant, ce trajet lui est connu (X.2._____ - X.5._____) et de courte durée. Mme D._____ précise qu'il lui est indispensable d'être assistée par le GPS pour s'orienter.

Cependant, elle n'a assumé que l'aller. Pour le retour, M. a été la rejoindre en train (il est en possession d'un abonnement demi-tarif) et a assumé la conduite jusqu'à leur domicile. Il arrive que M. ne soit

pas disponible et c'est alors un ami proche de la famille qui assume le trajet au besoin.

Cette organisation est également nécessaire pour toutes autres sorties ou rendez-vous extérieurs (coiffeur...). Son mari l'accompagne ou une autre connaissance et sinon, ils annulent le rendez-vous.

Les visites chez le vétérinaire sont assurées par Monsieur.

La seule activité que Mme D. _____ assure seule est la promenade quotidienne de son chien dans les alentours de son immeuble. Mme démontre une certaine capacité toute relative à entretenir des contacts sociaux. Elle laisse paraître une certaine gratitude et empathie envers les personnes qu'elle côtoie, mais en réalité, c'est pour masquer les apparences pour ne pas révéler son mal être. Les contacts sociaux restent pauvres, furtifs et impersonnels et son mari reste le trait d'union, son référent pour toutes interactions sociales. Les rencontres avec les amis du couple se font rares.

Les commissions sont assurées par Monsieur et occasionnellement avec Mme D. _____.

L'accompagnement doit être effectif et pas à la place mais avec la personne, consultations...Les courses doivent être faites avec l'assurée.

4.2.3

Accompagnement pour éviter l'isolement durable

L'isolement et la détérioration subséquente de l'état de santé doivent s'être déjà manifestés (ex. : hospitalisation)

Il n'y a pas d'isolement durable si l'assurée vit avec partenaire

La réduction du dommage est à prendre en compte. »

Par courrier du 6 janvier 2020, l'époux de l'assurée a fait part de ses observations sur le rapport d'expertise du Dr A. _____.

Le 17 janvier 2020, l'OAI a informé l'époux de l'assurée - agissant au bénéfice d'une procuration - que ses remarques du 6 janvier 2020 avaient été transmises au Dr A. _____ pour déterminations.

Le 26 mars 2020, le Dr A. _____ a indiqué avoir effectué l'expertise de l'assurée selon les règles de l'art et ne pas modifier ses conclusions.

Par courrier à l'assurée du 23 avril 2020, l'OAI a pris position sur les points soulevés par l'époux de l'assurée, notamment dans sa correspondance du 6 janvier 2020.

L'assurée, désormais représentée par Me Djurdjevac Heinzer, a déménagé au X.3. _____ (VS) le 15 mai 2020.

Par projet de décision du 18 mai 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser de lui allouer une allocation pour impotent.

Dans le délai prolongé, Me Djurdjevac Heinzer a indiqué le 8 juin 2020 que sa cliente contestait vigoureusement les conclusions de l'expertise du Dr A. _____, qui étaient en contradiction avec celles du Dr M. _____ et du Prof. V. _____, ainsi qu'avec celles de la psychologue C. _____ du mois de mai 2020.

Par avis du 18 juin 2020, le Dr W. _____ du SMR a examiné les derniers documents produits par l'assurée et ses représentants, et a pris position à leur sujet.

Le 22 juin 2020, l'OAI a transmis à l'expert A. _____ l'avis SMR du 18 juin 2020, le rapport de la psychologue C. _____ de mai 2020 et un rapport d'hospitalisation du 16 août 2017 pour prise de connaissance et prise de position.

Le Dr A. _____ a adressé son complément d'expertise à l'OAI le 3 août 2020.

Dans ses déterminations du 31 août 2020 sur le projet de refus d'allocation pour impotent, Me Djurdjevac Heinzer a exposé qu'une allocation pour impotence de degré faible devait être reconnue, l'aide apportée par l'époux de l'assurée étant bien supérieure à deux heures par semaine. Elle a joint à son envoi diverses pièces, dont une attestation d'un salon de coiffure à [...] (VD), du 24 juillet 2020, selon laquelle l'assurée était une cliente régulière depuis juin 2013, les soins variant entre 2h30 et 3h30, l'intéressée étant accompagnée à chaque rendez-vous, ainsi qu'un courriel de [...] SA, du 29 juin 2020, indiquant que l'intéressée s'était rendue à 14 reprises du 24 juillet 2018 au 28 avril 2020 au sein de la

succursale de [...] (VD). Était également jointe une attestation d'un ami de la famille, du 1^{er} août 2020, qui indiquait accompagner régulièrement l'assurée lorsque son époux n'était pas en mesure de le faire. Était produit un tableau, indiquant le nombre d'heures d'accompagnement depuis 2013, incluant les postes suivants (sic) : « médecins, pharmacie, pédicure/manucure, coiffeur, vétérinaire+toiletage, visite EMS et sortie accompagnées, diverses sorties accompagnées (restaurant, magasins), vacances, villégiatures nécessaires ».

Par courrier du 6 novembre 2020, l'OAI a écrit à Me Djurdjevac Heinzer que la contestation du 31 août 2020 ne remettait pas en cause son projet de décision du 18 mai 2020, en indiquant pour le surplus ce qui suit (sic) :

« Selon l'évaluation, l'assurée peut donner des instructions et des consignes à son mari. En effet, pour exemple la lessive, son mari reçoit des consignes orales de sa part pour le tri des vêtements et il assure la mise en route des machines. Il faut tenir compte de la réduction du dommage par les membres de la famille, soit le mari de l'assurée. Cette aide est exigible.

L'assurée est capable d'assumer des petites tâches, comme, par exemple, ôter la poussière à sa hauteur sur une courte durée, mettre quelques affaires dans le lave-vaisselle ou nettoyer la table. Tout est effectué en fonction des possibilités du moment. Nous précisons que même si l'accomplissement d'une activité est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne constitue pas une impotence.

Mme D. _____ est en mesure de téléphoner. Les affaires administratives sont effectuées en commun avec le soutien de son mari qui prépare les correspondances et elle n'a plus qu'à les signer. Cette aide est exigible en vertu de l'obligation de réduire le dommage par les membres de la famille.

Pour les sorties ou rendez-vous extérieurs, l'assurée est accompagnée par son mari. Les commissions sont assurées par ce dernier. Cette aide est exigible en vertu de l'obligation de réduire le dommage par les membres de la famille.

Il n'y a pas d'isolement durable si l'assurée vit avec partenaire.

L'assurée est en mesure de prendre suffisamment soin d'elle-même en appliquant l'obligation de réduire le dommage. 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, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, Mme D. _____ devrait être placée en institution. »

Par décision du 9 novembre 2020, l'OAI a refusé la demande d'allocation pour impotent de l'assurée, au motif que l'accompagnement

pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne, sur une période de trois mois, n'était pas prouvé.

Par décision du 27 novembre 2020, confirmant un projet du 12 août 2020, l'OAI a refusé d'augmenter la rente de l'assurée, faute d'amélioration, respectivement d'aggravation de son état de santé. L'intéressée a contesté cette décision par recours de son conseil du 12 janvier 2021. Cette cause, connexe, a été traitée sous la référence AI 8/21 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

F. Alors non assistée, D._____ a contesté la décision de refus d'allocation pour impotent du 9 novembre 2020 par acte sommairement motivé du 9 décembre 2020, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à OAI pour nouvel examen et nouvelle décision.

Désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, elle a complété son écriture le 7 janvier 2021, dans le délai imparti à cet effet par avis du 14 décembre 2020, en concluant principalement à l'allocation d'une allocation pour impotence de degré faible au moins dès le 1^{er} septembre 2014, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a fait valoir dans un premier moyen que son droit d'être entendue avait été violé, au motif que le rapport de l'enquêtrice ne lui a pas été soumis pour observation et approbation (sic). Elle a fait ensuite grief à l'OAI d'avoir violé l'art. 27 al. 3 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), « par analogie », puisqu'il ne pouvait échapper à cet office, à réception du rapport du Dr CQ._____ du 31 janvier 2013, qu'elle pouvait avoir droit à une allocation pour impotent. Elle estime enfin que ses limitations fonctionnelles sont telles qu'elle a droit au moins à une allocation pour impotence de degré faible, déplorant en pareille situation qu'une assurée doive faire appel à un avocat spécialisé pour obtenir le versement de prestations qui devraient aller de soi. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère.

Par réponse du 26 février 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 31 mai 2021, la recourante a maintenu que son droit d'être entendue avait été violé. Sur le fond, elle a produit un rapport d'expertise privée du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 12 mai 2021, en se prévalant du fait que ce médecin y indiquait qu'elle souffrait d'un état de fatigue chronique et d'un manque d'attention en lien avec ses atteintes cérébrales, avec un risque d'isolement majeur. Elle affirmait ne plus parvenir à faire face aux nécessités de la vie, presque tout devant être fait par son mari, dont elle estimait l'aide entre 8 et 12 heures par semaine. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise ergothérapeutique, en expliquant que l'enquête ne consistait qu'à « remplir un questionnaire avec l'assurée à son domicile », ce qui ne permettait pas d'évaluer son impotence.

Par duplique du 21 juin 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a soumis le rapport du Dr B._____ au SMR, dont il a joint l'avis, du 14 juin 2021. Selon ce dernier, établi par le Dr Q._____, l'expertise privée produite par la recourante n'apportait pas d'éléments objectifs permettant de remettre en cause les conclusions de l'évaluation de l'impotence, ladite expertise retenant au demeurant une aggravation au 1^{er} mai 2018, soit antérieurement à l'évaluation en cause.

La recourante a encore déposé une « sur-réplique », le 14 juillet 2021, en maintenant sa position. Elle a joint à son écriture un complément d'expertise privée du Dr B._____, du 9 juillet 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36], art. 55 et 69 al. 1 let. a LAI *cum* art. 40 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieux le point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une allocation pour impotent et, dans l'affirmative, de quel degré, et à compter de quelle date.

3. A titre préliminaire, la recourante fait valoir un grief de nature formelle, à savoir la violation de son droit d'être entendue. Elle reproche en substance à l'intimé de ne pas lui avoir soumis pour observations et approbation (sic) le rapport d'enquête concernant l'allocation pour impotent.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur la décision à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

c) L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'office AI de réaliser une enquête sur place. Celle-ci portera sur l'impotence, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés (chez eux ou dans un home). Les indications de l'assuré, de ses parents ou de son représentant légal seront appréciées de façon critique. Le début de l'impotence et, le cas échéant, du besoin d'assistance supplémentaire sera fixé aussi précisément que possible (ch. 8131 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

d) En l'occurrence, il faut constater que l'enquête, initialement prévue le 1^{er} octobre 2019, n'a, dans un premier temps, pas pu être réalisée, dans la mesure où la recourante n'était alors pas présente à son domicile. Elle a été agendée à nouveau, et a eu lieu le 5 novembre 2019, cette fois en présence de l'intéressée, d'une part, et de son époux, d'autre part, qui agissait au bénéfice d'une procuration établie le 14 mars 2019. Par la suite, la recourante a mandaté Me Djurdjevac Heinzer, à qui le dossier complet de l'intéressée a été communiqué par l'OAI, le 6 mai 2020. A cette date, le dossier comportait ainsi déjà le rapport d'enquête du 5 novembre 2019. Or, ni la recourante, ni son avocate ne se sont déterminées sur le rapport d'enquête à réception de la copie du dossier complet de l'assurée. Par la suite, le projet de décision refusant le droit à l'allocation pour impotent a été communiqué à Me Djurdjevac Heinzer, qui

s'est déterminée à son sujet le 31 août 2020. Ainsi, la recourante était, à tout le moins à compter de la mi-mai 2020, en possession d'une copie de l'entier de son dossier, et aurait dès lors pu former toutes les observations souhaitées sur le rapport d'enquête, ce qu'elle n'a pas fait. Elle aurait en outre pu demander en tout temps à recevoir une copie de son dossier. A cela s'ajoute que lors de l'enquête ménagère, elle était assistée de son mari, qui agissait au bénéfice d'une procuration. Elle a par la suite été assistée par Me Djurdevac Heinzer, puis par Me Duc. Enfin, elle a pu faire valoir une nouvelle fois ses griefs dans le cadre de la procédure de recours, et s'exprimer dans le cadre d'un triple échange d'écritures. Pour le surplus, les arrêts cités en réplique ne sont pas topiques, puisqu'il y était question d'une note interne et d'un rapport de situation qui n'avaient pas été soumis aux recourants avant que ne soit rendue la décision attaquée (cf. TF 9C_345/2020 et 9C_346/2020 du 10 septembre 2020 consid. 5.3 et la jurisprudence citée), alors que tel n'est pas le cas ici. Quant à l'allégation selon laquelle les assurés de Suisse alémanique pourraient vérifier que le contenu du rapport d'enquête corresponde bien aux propos échangés, ce qui constituerait une violation de l'égalité de traitement, elle n'est pas établie. Quand bien même tel était le cas, il n'en résulterait pas pour autant une violation du principe de l'égalité de traitement. En effet, une décision ou une norme viole ledit principe lorsqu'elle établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler, ou lorsqu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et que ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente. Il faut que le traitement différent ou semblable injustifié se rapporte à une situation de fait importante (ATF 141 I 153 consid. 5.1 ; 140 I 77 consid. 5.1 ; 137 I 167 consid. 3.5 ; 136 II 120 consid. 3.3.2). En l'occurrence toutefois, comme on l'a vu, il aurait été loisible à la recourante de faire valoir ses griefs éventuels sur le rapport d'enquête des mois auparavant ; la recourante ne soutient au demeurant pas que ses propos n'auraient pas été correctement rapportés par l'enquêtrice dans son rapport.

Mal fondés, les griefs de violation du droit d'être entendu et de l'égalité de traitement doivent être rejetés.

4. 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, première phrase).

5. a) 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.

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).

6. 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 (état au 1^{er} juillet 2020), 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).

aa) 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).

bb) 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).

cc) 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).

7. a) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI 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). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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).

Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex.

problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par-là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

b) 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 placé en home; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 8040 CIIAI).

c) 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).

d) 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).

8. 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 les références).

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).

9. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

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).

10. En l'espèce, la recourante plaide que ses limitations fonctionnelles sont telles qu'elle a droit « au moins à une allocation pour impotent de degré faible » (complément au recours, p. 3). En réplique, le 31 mai 2021, elle s'est référée à l'expertise privée rédigée par le 12 mai 2021 par le Dr B._____, psychiatre, qu'elle a produite, lequel fait état d'un état de fatigue chronique et d'un manque d'attention en lien avec ses atteintes cérébrales, avec un risque d'isolement majeur. Elle en déduit qu'elle ne parvient plus à faire face aux nécessités de la vie, estimant l'aide de son mari à 8 à 12 heures par semaine.

Il n'est pas contesté que la recourante n'a pas besoin d'aide pour les actes élémentaires de la vie quotidienne (se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts).

Les griefs qu'elle élève à l'encontre du rapport de l'enquêtrice ne sont pas clairement étayés. La recourante reproche en substance à l'enquêtrice de fonder son enquête d'impotence sur les seules réponses qu'elle et son époux ont données, sans « la moindre évaluation de ses limitations fonctionnelles ».

Or, l'enquêtrice ne s'est pas limitée à noter les réponses données par l'assurée (respectivement son époux). Elle a au contraire dûment résumé l'atteinte à la santé de la recourante, ainsi que ses diverses hospitalisations, sa médication, et a extrait de l'expertise du Dr A._____ les éléments relatifs aux travaux domestiques. Dans ce cadre, l'enquêtrice a ainsi fait état de la fatigue que ressent l'assurée, ainsi que de ses difficultés de concentration (rapport d'enquête, p. 2).

La recourante ne remet pour le surplus à juste titre pas en cause que le rapport d'enquête a été élaboré par une personne qualifiée, qui avait connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que de ses

empêchements ; l'enquêtrice a tenu compte de ses plaintes, et a consigné dans son rapport ses observations. Le rapport est motivé, rédigé de manière détaillée, et correspond aux indications relevées sur place. Il comprend bien une évaluation de l'impotence, et constitue dès lors une base fiable de décision, qui ne saurait être remise en question par la seule allégation de la recourante, non étayée, selon laquelle son mari l'aiderait entre 8 et 12 heures par semaine.

Quant à l'expertise du Dr B. _____ et son complément, elle n'apporte pas d'éléments objectifs remettant en cause celle, probante, du Dr A. _____, qui remplit en effet tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Cet expert a en particulier détaillé les plaintes de l'assurée, en s'assurant tout au long de l'examen que les reformulations qu'il a présentées correspondaient à ce que voulait exprimer l'assurée, et en vérifiant à la fin si elle s'était sentie comprise et désirait ajouter autre chose (expertise, p. 17). Il a par ailleurs établi une anamnèse (familiale, personnelle, sociale, professionnelle, affective, médicale et systémique) minutieuse, et fait passer des tests psychologiques complémentaires à l'intéressée. Selon le système AMDP, il a ainsi pu noter un important décalage entre les observations de l'assurée et ses propres observations, qui étaient plutôt rassurantes. Il a constaté par l'échelle de ralentissement EDR l'absence d'un ralentissement psychomoteur significatif, et l'absence de dépression avec l'échelle MADRS. En outre, il a complété son examen par un bilan neuropsychologique effectué par le neuropsychologue J. _____, qui a fait état, par rapport à l'examen effectué en 2014, d'une légère amélioration globale (expertise, p. 21). Sur la base de ses observations, et de celles de son co-expert, ainsi que de l'examen du dossier, il a relevé l'absence de diagnostic psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, il a retenu des troubles neurologiques légers à moyens au sens de la Classification de l'Association suisse des neuropsychologues, estimant toutefois la capacité de travail préservée dans l'activité habituelle administrative de l'assurée, pour autant que cette activité ne sollicite pas la mémoire visuelle.

Le Dr A. _____ a motivé son point de vue avec soin. Il a relevé l'absence d'anamnèse psychiatrique antérieure, et le fait que dans les plaintes spontanées de l'assurée, il n'y avait aucune problématique psychiatrique particulière évoquée, ni problématique anxieuse manifeste, ni symptôme de la lignée psychotique. L'expert psychiatre avait ainsi perçu sa personnalité très largement dans un registre de victime, une fixation très importante, voire immuable, sur ses invalidités ; elle avait des avis radicaux et tranchants sur beaucoup de sujets, et ne supportait pas de mise en question (même prudente). Il avait perçu son fonctionnement de personne dans un registre psychonévrotique. Il y avait aussi passablement d'aspects de pénibilité, mais clairement aussi le constat d'absence d'un trouble clinique de la personnalité. L'assurée était certes révoltée contre beaucoup d'éléments du passé, beaucoup de traitements considérés comme inadéquats ou injustes, ses propres écrits montrant aussi un côté très « pinailleur », mais elle pouvait aussi mentionner le positif dans certaines situations, et était malgré tout aussi ouverte à quelques reformulations par rapport aux constats de l'expert, qui n'avait ainsi, en finalité, trouvé aucun indice pour une véritable modification de la personnalité. Finalement, l'expert a mis en avant la présence de ressources chez l'intéressée, qui avait travaillé comme employée de commerce dans différentes institutions étatiques et privées, et dans toute une panoplie d'activités administratives. Il n'y avait jamais eu d'atteinte significative et durable sur le plan psychiatrique. En ce qui concerne l'atteinte cognitive, après stabilisation de la situation en 2015, des séquelles étaient maintenant persistantes. Sous l'angle de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a noté que le tableau de dysfonctionnements, à la fois cognitifs et pratiques, intensif à tel point que l'intéressée disait que plus aucune activité, même domestique, n'était possible, n'était pas plausible, et en contradiction avec nombre d'autres informations. Sous l'angle des limitations fonctionnelles, l'expert a noté qu'il n'y en avait pas de significatives au plan psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, il y avait un constat d'un déficit de la mémoire visuelle, fatigabilité et de ralentissement. Comme facteurs extra-médicaux, l'expert a noté essentiellement une fixation personnelle de l'assurée sur son invalidité neuropsychologique. Le Dr A. _____ a en

outre noté que la recourante n'était pas fatiguée et ne fatiguait pas durant la durée d'observation (2 heures et demie sans interruption), et que l'énergie vitale était normalement préservée.

L'appréciation de l'expert privé ne permet pas de remettre en cause celle du Dr A._____, étant constant, comme l'a observé le Dr Q._____ du SMR par avis du 14 juin 2021, que l'expertise privée retient quoi qu'il en soit une aggravation en date du 1^{er} mai 2018, soit antérieurement à l'évaluation de l'enquêtrice, l'expert privé se concentrant au demeurant sur les plaintes de l'assurée, et les propos tenus par son entourage propre et son médecin traitant.

Finalement, c'est à bon droit que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'a pas été reconnu : certes, la recourante a besoin de plus de temps pour accomplir les actes de la vie quotidienne, mais elle est capable d'assumer de petites tâches du ménage, de mettre quelques affaires dans le lave-vaisselle, de nettoyer la table, etc. Elle donne par ailleurs des instructions à son époux pour la lessive. S'agissant de ses prises de rendez-vous, elle est en mesure de téléphoner. Elle est également autonome pour la posologie et la prise de ses médicaments. Les affaires administratives sont effectuées en commun avec le soutien du mari. Pour le surplus, la recourante a repris la conduite, au moyen d'une voiture automatique, qu'elle est en mesure d'utiliser, avec un GPS, pour de petites distances (étant relevé qu'un trajet entre X.2._____ (FR) et X.5._____ (VD) prend près de 30 minutes ; cf. <https://www.google.com/maps> consulté le 24 septembre 2021, et que la recourante a pu parcourir ce trajet seule). Elle est également en mesure de quitter son domicile pour promener son chien, tous les jours. Elle assume par ailleurs occasionnellement les courses. Enfin, il n'y a pas d'isolement durable du monde extérieur, puisque l'assurée vit avec son époux. Elle a également un ami proche (cf. attestation produite avec les déterminations du 31 août 2020).

Dans ces conditions, l'OAI était fondé, sur la base du rapport probant de l'enquêtrice, corroboré par l'expertise, probante, du Dr

A. _____, à retenir que la recourante ne nécessite, d'une part, pas d'assistance pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, singulièrement l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ni, d'autre part, d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI. Elle ne remplit ainsi en définitive aucune des situations prévues à l'art. 37 RAI pour se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent.

11. La recourante se plaint encore d'une violation de l'art. 27 al. 3 LPGA « par analogie ».

a) Dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (art. 27 al. 1 LPGA). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (art. 27 al. 2 LPGA). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (art. 27 al. 3 LPGA).

b) Dans la mesure où le droit à l'allocation pour impotent n'est pas ouvert, le moyen tiré d'une violation de l'art. 27 al. 3 LPGA est dénué de portée.

A toutes fins utiles cependant, on relèvera qu'il est douteux que l'assurée, qui, sur le formulaire pour la révision de la rente, le 25 juin 2018, a indiqué exercer une activité bénévole consistant à « prêter une oreille attentive aux personnes lésées par le système des assurances sociales dans notre canton », « pour les personnes lésées par les décision[s] incompréhensibles et inadéquates de l'OAI ou de leur assureur-maladie », soit restée inactive et n'ait pas sollicité les prestations relatives à l'impotence qu'elle allègue.

Cela étant, et comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans le cadre de son arrêt 9C_376/2017 précité, au consid. 3.3.2, en lien avec le grief qu'avait soulevé l'intéressée quant au début du droit à la rente d'invalidité, si un AVC peut assurément se répercuter défavorablement sur l'état de santé d'un patient, ce médecin [réd. : le Dr BB. _____] n'indiquait pas que tel était le cas en l'espèce, puisqu'il n'avait pas relevé la présence de graves séquelles chez la recourante et avait fait état d'une évolution positive (rapport du 4 février 2013). Toujours dans cet arrêt, la Haute Cour a retenu que la recourante ne pouvait pas non plus être suivie lorsqu'elle soutenait qu'elle aurait été objectivement empêchée d'agir pour cause de force majeure, en raison de son atteinte à la santé, au moment du dépôt de sa demande du 18 janvier 2013. Au vu, notamment, de l'appui de ses proches et du courrier qu'elle a adressé à l'office intimé en date du 14 février 2013, par lequel elle le sommait de s'adresser à ses médecins traitants plutôt qu'aux médecins l'ayant suivie durant son séjour de réadaptation, il n'était pas arbitraire de la part de la juridiction cantonale de retenir que la recourante était en état de préciser le type de prestation qu'elle sollicitait (TF 9C_376/2017 précité, consid. 3.3.2 in fine). Les mêmes observations valent s'agissant de la présente demande d'allocation pour impotent : non seulement, la recourante était entourée de ses proches, qui la soutenaient dans ses démarches dans le cadre de sa demande initiale de prestations, et assistée d'un avocat dans le cadre de son recours auprès du Tribunal fédéral, si bien qu'elle aurait pu déposer la demande d'allocation pour impotent il y a bien longtemps, mais en plus, rien n'indique qu'elle aurait été empêchée de le faire. S'agissant plus spécifiquement du rapport du 31 janvier 2013, qui constituerait le *dies a quo* du droit aux prestations d'allocation pour impotent, il fait état d'une patiente qui se déplace sans moyen auxiliaire à la sortie, avec un bon équilibre en position debout, et dont le traitement consistait uniquement en de la physiothérapie et de l'ergothérapie. Plus d'un an et demi plus tard, le 3 août 2015, l'enquêtrice qui s'est rendue au domicile de la recourante pour établir un rapport d'enquête économique sur le ménage a noté dans son rapport du 11 août 2015 que l'assurée rencontrait des empêchements pour les travaux lourds, mais continuait à

faire la plupart de l'entretien courant, en adaptant son rythme de travail en fonction de son état de santé. Rien n'indiquait dès lors qu'une demande d'allocation pour impotent aurait dû être déposée, respectivement l'attention de l'assurée attirée sur cette possibilité.

Le moyen est donc mal fondé et doit être écarté.

12. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par des investigations complémentaires, singulièrement la mise en œuvre d'une nouvelle enquête relative à l'allocation pour impotent, ni une expertise ergothérapeutique. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

13. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 9 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour D._____),
- 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 :

