

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée 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 al. 1 LAI ; art. 37 al. 2 et 3, 38 al. 1 et 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. a) I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé comme aide de cuisine.

Le 6 décembre 2007, l'assurée 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), invoquant des problèmes au dos et aux jambes, des troubles du sommeil et une atteinte à la thyroïde. Elle a déposé une deuxième demande le 29 décembre 2007. Dans ce document, elle s'est référée à une expertise médicale rédigée le 5 décembre 2007 par le Dr [...], spécialiste en rhumatologie, à la demande de l'assureur-accidents de l'assurée – lequel instruisait les suites de deux accidents survenus les 8 octobre et 12 décembre 2007 –, posant les diagnostics de lombo-pseudosciatalgies chroniques, de troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire, d'obésité, d'hypothyroïdie et de syndrome d'apnée du sommeil.

Dans le cadre de l'instruction de ce dossier, les professionnels suivant l'assurée ont encore posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale (chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne, déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque interne et du ménisque externe, chondropathie fémoro-patellaire de grade II, tendinite rotulienne proximale, bursite infra-patellaire, kyste poplité aux deux genoux), de troubles statiques de la colonne lombaire (discopathie étagée en L2-L3 et L3-L4, discarthrose et arthrose postérieure en L4-L5 et L5-S1), d'extrasystoles supra-ventriculaires et ventriculaires, de trouble dépressif récurrent, de troubles de l'alimentation, de troubles du sommeil et de cauchemars (rapports du Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, enregistré le 30 juin 2008 et du 20 mars 2009 ; du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 7 octobre 2008 et 9 février 2009 ; du Dr U. _____, médecin traitant de l'assurée, enregistrés les 1^{er} septembre 2008 et 24 février 2009, et du 22 avril 2009 ; de la Dre [...], spécialiste en radiologie, des 24 juillet 2007 et 23 et 24 avril 2008 ; du Dr [...], spécialiste en cardiologie, du 10 août 2011).

Par décision du 14 octobre 2011, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité. Il s'est notamment fondé sur une expertise psychiatrique réalisée le 8 janvier 2010 par T._____ - concluant à l'absence d'atteinte invalidante sur le plan psychique - et à un rapport rédigé à l'issue de l'examen clinique de l'assurée le 23 août 2010 par le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), posant les diagnostics invalidants de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante et d'obésité morbide (les diagnostics d'hypothyroïdie substituée, de syndrome d'apnée du sommeil appareillée, d'hypertension artérielle traitée et de déconditionnement musculaire global et focal manifeste étant sans effet sur la capacité de travail) (avis du 27 septembre 2010). Faisant siennes les conclusions de ce médecin, l'OAI a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 85 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (activité légère, sédentaire autorisant l'alternance des positions assise et debout, excluant le port de charges de plus de 15 kg et évitant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux) et conclu qu'elle présentait en définitive un degré d'invalidité de 5.2 %, taux insuffisant à lui ouvrir le droit à une rente.

Par acte du 18 novembre 2011 adressé à l'OAI, l'assurée a manifesté son intention de recourir à l'encontre de la décision susmentionnée.

Ce recours, qui avait été transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, a été déclaré irrecevable en raison de sa tardiveté (arrêt du 11 juin 2012).

b) Le 11 juillet 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande qu'elle a complétée le 31 août 2012. Elle invoquait une atteinte visuelle importante ainsi qu'un trouble dépressif chronique. A l'appui de sa demande, elle a notamment produit un rapport du 14 septembre 2012 du

Dr U._____, posant les diagnostics de forte myopie bilatérale, d'amblyopie de l'œil gauche, de sclérose nucléaire débutante bilatérale et d'état anxieux dépressif ainsi qu'un rapport non daté du Dr N._____, attestant de l'état dépressif de la patiente et de problématiques du comportement alimentaire.

Par décision du 21 mars 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande déposée par l'assurée.

L'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru à l'encontre de cette décision par acte du 5 avril 2013. A l'issue de plusieurs échanges d'écriture, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 9 mars 2015, rejeté ce recours.

Dans un arrêt du 8 octobre 2015, la Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral a rejeté le recours déposé par l'assurée à l'encontre de la décision du Tribunal cantonal.

c) Le 29 novembre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une péjoration de ses douleurs lombaires, une arthrose, une inflammation des ligaments inter-épineux au niveau L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'une atteinte oculaire. Elle a produit plusieurs rapports médicaux (rapport d'IRM lombaire réalisée le 8 octobre 2018 ; du 6 novembre 2018 du Dr U._____; du 16 août 2018 de [...]; du 16 mars 2018 du Dr G._____; non daté du Prof. [...], spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, chef de service auprès du [...]).

d) Le 7 février 2019, l'assurée a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour impotent, mentionnant un besoin d'accompagnement pour réaliser les actes ordinaires de la vie suivant :

- se vêtir et se dévêtir, depuis novembre 2018, pour le bas du corps ;
- se lever et se coucher, depuis novembre 2018 ;

- les soins du corps, depuis novembre 2018, pour entrer puis sortir de la baignoire et se coiffer ; et
- se déplacer.

Elle a évoqué un besoin de surveillance personnelle pour faire face à son anxiété. Elle a encore indiqué un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, pour faire les courses et à manger ainsi que pour son ménage et pour établir des contacts sociaux depuis novembre 2018. L'assurée a précisé la nature de ses besoins dans un formulaire qu'elle a complété en avril 2019 en indiquant notamment qu'elle devait utiliser deux béquilles pour se déplacer, qu'elle ne faisait ni les courses, ni le ménage, ni la cuisine et que c'était son fils qui s'occupait de ces tâches.

Dans un rapport du 4 mai 2019, le Dr U. _____ a confirmé le besoin d'aide de sa patiente dès le matin pour l'habillage et au coucher. Il a relevé que l'intéressée ne pouvait plus se déplacer seule. Dans un compte-rendu subséquent, il a posé les diagnostics de radiculalgie S1 bilatérale sur canal lombaire étroit sévère L4-L5 (2018), de discopathie pluri-étagées sur maladie dégénérative en L3-L4, L4-L5 et L5-S1, d'arthrose interépineuse pluri-étagé L1-L3 et L3-L4, de cervicalgies C5-C6, de myopie forte bilatérale avec acuité visuelle fortement réduite à gauche, d'obésité morbide avec un IMC (indice de masse corporelle) supérieur à 35 et de gonarthrose bilatérale (rapport non daté enregistré le 3 juin 2019 par l'OAI).

L'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée le 15 octobre 2019. Aux termes du rapport rédigé le même jour, l'évaluatrice a retenu que l'assurée n'avait pas besoin d'aide pour se vêtir car, concernant des difficultés à enfiler des chaussettes ou chaussures, elle n'utilisait pas de moyens auxiliaires pour ce faire et ne présentait aucune limitation fonctionnelle l'entravant dans ce geste. L'enquêtrice a également nié des difficultés à se lever ou à se coucher dès lors que l'assurée s'était levée à plusieurs reprises seule et sans difficulté lors de l'entretien et qu'elle avait expliqué comment elle se mettait seule au lit.

Une aide occasionnelle pour sortir du lit en cas de fortes douleurs était cependant rapportée. De même, l'évaluatrice n'a pas retenu de problématique en lien avec l'acte de faire sa toilette, l'assurée parvenant à réaliser les gestes nécessaires seule, une aide étant nécessaire pour l'aider à entrer ou sortir de la baignoire, alors que l'installation d'une douche était considérée comme de nature à régler cette difficulté. On extrait en outre ce qui suit du rapport :

« 2.2 Limitations fonctionnelles selon l'assuré(e) et/ou son entourage :

Vision œil droit et gauche diminuée

MID : perte de sensibilité, engourdissement et lâchage et perte d'équilibre (utilise 2 cannes ou rollator)

Douleur sous le pied gauche

Limitation du port de charge

Alternance de la position[...] debout et assise (pour soulager le MID)

Douleurs dorsales en augmentation lors d'efforts ou après 30[...]minutes de marche sans pause.

[...]

4.1.6 Se déplacer

[...]

- à l'extérieur

[...]

Lors de l'entretien, l'assurée dit marcher environ 30 minutes avec son rollator malgré la diminution de la mobilité signalée par le Dr U._____] depuis 10.2018. Les longs déplacements se font avec la voiture de son fils, l'assurée n'ayant pas essayé de prendre les transports publics. Au vu des LF, nous pouvons admettre une aide directe pour les longs déplacements (rendez-vous médicaux et courses)

Entretenir des contacts sociaux [...]

L'assurée gère les contacts sociaux de manière autonome, pouvant utiliser le téléphone menant une conversation sans difficultés ni d'expression ni de compréhension.

[...]

4.2 [...] La personne assurée a-t-elle régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie ?

[...]

L'assurée ne rencontre pas de difficultés pour organiser/structurer sa journée. La prise de rendez-vous se fait de manière autonome. Madame n'a pas de troubles de la compréhension ni de l'élocution, les conversations sont suivies sans difficulté. L'intéressée cuisine,

fait la vaisselle en alternant la position debout si besoin, s'occupe de rangements, prise de poussière, passage du balai. Elle gère ses paiements courant[s] avec l'aide de son fils mais sans lien avec l'atteinte à la santé.

Seul[e] une aide partielle au ménage est donc requise de la part du fils de l'assurée ; celle-ci étant exigible. Cette aide n'a pas pour but d'éviter un placement en institution.

En retenant environ 10h d'aide exigible/semaine et compte tenu des éléments mentionnés, l'accompagnement n'a pas lieu d'être à séjour.

[...]

4.2.3 Présence régulière d'une tierce personne pour éviter un risque important d'isolement durable [...]

L'assurée vit avec son fils. Le risque d'isolement ne peut être retenu.

[...]

5. Remarques

[...] Madame I. _____ s'exprime correctement en français et n'a pas de difficultés de compréhension.

L'assurée explique un déroulement de journée habituel, relatant que son fils n'est pas toujours présent en fonction de ces jours de travail à temps partiel et qu'il l'aide selon les jours ou les difficultés rencontrées.

Spontanément, Madame me montre comment elle ramasse un objet au sol, en se penchant en avant en position debout ; ceci sans douleurs dorsales et sans fléchir les genoux. Elle fait de même en descendant son pantalon en étant assise ; expliquant avoir du mal à mettre ses chaussettes/chaussures et pantalon dans cette position. Cette difficulté semble plus liée à la forte corpulence qu'à un trouble de la mobilité. De plus, l'utilisation d'un moyen auxiliaire [...] permettrait une autonomie pour cet acte mais il n'est pas appliqué. La limitation fonctionnelle pour l'habillage relevée par le Dr U. _____ (04.2019) ne coïncide pas avec les observations faites à domicile. L'acte « Faire sa toilette » n'est pas retenu, à ce jour, compte tenu du fait que l'adaptation de la salle-de-bains permettrait à l'assurée de gérer sa douche de manière autonome.

En fin d'entretien, les critères de régularité et d'importance sont expliqué[s] ainsi que l'ORD. L'assurée tient ensuite un discours différent, argumentant que son fils l'aide tous les jours et que pendant son absence à l'armée, une amie est venue l'aider.

Je reste sur le premier discours de l'assurée. [...] ».

Par projet de décision du 14 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande d'allocation pour

impotent. L'assurée s'y est opposée par acte de son conseil du 13 décembre 2019 auquel était joint un rapport du 3 décembre 2019 du Dr U._____ indiquant que sa patiente avait besoin d'aide pour s'habiller, se déshabiller, se coiffer, faire sa toilette (douche), se déplacer et entretenir des contacts avec autrui, cela en raison de ses lombalgies persistantes ne lui permettant pas une station debout prolongée. L'aide prodiguée par son fils portait également sur le ménage, le repas, une toilette partielle ainsi que les tâches administratives. En raison de sa mobilité réduite, l'intéressée avait besoin de l'aide de tiers afin de ne pas tomber dans un isolement social. L'assurée a encore produit, le 3 mars 2020, un rapport du 24 février 2020 du Dr U._____ confirmant son précédent rapport en ces termes :

« Je vous confirme que la patiente ne peut plus effectuer totalement ses tâches ménagères.

En effet, madame I._____ présente toujours des trouble[s] de la mobilité importante en raison à la fois de son obésité morbide (BMI>45 kg/m²) et de trouble de la marche persistant en lien avec sa pathologie lombaire [...] et arthrose lombaire [...]. De plus, elle souffre également de troubles visuels important[s] ».

Dans un écrit du 25 mars 2020, l'évaluatrice s'est déterminée sur les contestations de l'assurée et a confirmé le contenu de son rapport.

Dans un avis du 7 avril 2020, le Dr M._____, médecin auprès du SMR, a confirmé que, compte tenu de son atteinte rhumatologique, l'assurée avait besoin de l'aide d'un tiers pour prendre son bain, même avec une planche de bain. Ce médecin a encore précisé, dans un avis du 28 avril 2020, que du point de vue médical, il ne constatait aucune atteinte psychiatrique ou neuro cognitive entraînant des limitations fonctionnelles nécessitant un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et que l'intéressée ne présentait pas de difficultés à organiser ou à structurer sa journée et qu'elle demeurerait capable de faire appel à une aide si nécessaire.

Par projet de décision du 5 mai 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible à domicile dès le 1^{er} octobre 2019.

L'assurée a contesté ce projet par acte du 8 juin 2020, relevant que contrairement à ce qu'avait retenu l'office, elle présentait un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

e) Par décision du 9 octobre 2020 confirmant un projet du 12 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019.

f) Par décisions du 6 novembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une allocation pour impotence faible dès le 1^{er} octobre 2019. Il a considéré que l'assurée nécessitait une aide régulière et importante d'un tiers depuis le mois d'octobre 2018 pour exécuter les actes ordinaires de la vie de « faire sa toilette/soins du corps » et de « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » mais qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas justifié médicalement.

B. Par acte du 10 décembre 2020, I._____, représentée par Me Duc, a recouru à l'encontre des décisions du 6 novembre 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant à leur réforme en ce sens qu'une allocation pour impotence de degré moyen lui soit octroyée. Elle a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, critiquant le fait qu'elle n'avait pas été en mesure de se déterminer sur le rapport rédigé le 15 octobre 2019 à l'issue de l'enquête réalisée à son domicile, et a invoqué qu'elle nécessitait un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, soit pour la réalisation des tâches ménagères, ce conformément aux rapports médicaux rédigés par ses médecins ainsi qu'aux atteintes à la santé admises par l'OAI et aux limitations fonctionnelles en découlant.

Par réponse du 14 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 8 février 2021, la recourante a maintenu ses précédents moyens et conclusions. Elle a produit plusieurs pièces, à savoir :

- un rapport du 10 novembre 2020 du Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de [...], psychologue, relevant que la recourante ne déployait que peu de contacts sociaux, toujours de première nécessité, et que dans ce cadre elle était systématiquement véhiculée par son fils. Les spécialistes ont relevé le risque que l'intéressée s'isole durablement du monde extérieur et ont confirmé qu'elle dépendait complètement de son fils pour ses tâches administratives et ménagères (courses et ménage) ;
- un dito du 6 janvier 2021 constatant la tenue vestimentaire et l'hygiène négligée de la recourante ainsi que le fait que celle-ci présentait des moments d'absence ;
- un rapport du 7 décembre 2020 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevant les difficultés qu'il avait observées chez la recourante pour se vêtir et se dévêtir, en tout cas partiellement, et indiquant qu'il lui semblait difficile que celle-ci soit en mesure de faire son ménage seule compte tenu de ses atteintes, qu'elle n'était pas capable de se déplacer seule et qu'elle risquait de s'isoler compte tenu de la situation ;
- une lettre de consultation du Dr [...] du même jour relevant en particulier les difficultés pour procéder à l'examen clinique de la recourante, compte tenu de ses importantes douleurs.

Par duplique du 25 février 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a renvoyé à l'avis du Dr M. _____ du 18 février 2021 lequel estimait que les différents documents médicaux produits n'apportaient aucun nouvel élément.

Par acte du 24 mars 2021, la recourante a réitéré ses conclusions.

Le 25 octobre 2021, la recourante a spontanément déposé une nouvelle écriture accompagnée de pièces.

Par acte du 8 novembre 2021, l'OAI a confirmé sa position.

Dans un courrier du 8 avril 2022, le juge instructeur a informé les parties qu'il versait au dossier une expertise rédigée le 21 janvier 2022 par les Drs C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et B._____ dans le cadre d'un litige qui opposait la recourante à son assureur-accidents.

Par acte du 14 avril 2022, la recourante a produit ses observations à cet égard. Le même jour, l'OAI a confirmé ses précédents écrits.

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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotence de degré moyen singulièrement sur la question de savoir si les troubles dont elle souffre rendent nécessaire un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues le 6 novembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en ne lui permettant pas de se déterminer sur le contenu du rapport d'enquête du 15 octobre 2019 avant le stade des objections au projet de décision.

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).

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).

L'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) 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]).

En ce qui concerne ces enquêtes menées à domicile, la jurisprudence a souligné qu'il n'y avait aucune obligation de soumettre les données recueillies à la personne assurée ou à son représentant pour examen et confirmation (ATF 128 V 93 consid. 4).

b) En l'occurrence, il y a lieu de relever que la recourante, qui reproche notamment au rapport du 15 octobre 2019 de ne pas refléter la teneur exacte de ses propos, a eu l'occasion de se déterminer sur ce document devant l'office intimé, ce qu'elle a d'ailleurs fait. Elle a pu faire valoir une nouvelle fois ses griefs dans le cadre de la procédure de recours et les a développés dans ses nombreuses écritures. Enfin, l'arrêt cité par la recourante à l'appui de ses déterminations du 24 mars 2021 n'est pas

topique. Il y était en effet question d'une note interne et d'un rapport de situation qui n'avaient pas été soumis au recourant avant que ne soit rendue la décision attaquée (cf. TF 9C_345/2020 du 10 septembre 2020 consid. 5.3 et la jurisprudence citée), alors que tel n'est pas le cas en l'espèce. La recourante ne saurait dès lors en tirer argument.

En conséquence, pour toutes les raisons énoncées ci-dessus, le grief de la recourante tiré d'une violation de son droit d'être entendue est mal fondé et doit donc être rejeté.

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.

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

b) aa) 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, en outre, d'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, en outre, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

bb) 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, en raison de son infirmité (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

c) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), 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), 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.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 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).

d) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, 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).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées). 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).

La prise en considération de certaines aides à double titre n'est pas admissible puisque l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie constitue une aide complémentaire et autonome par rapport à l'aide pour accomplir les six actes ordinaires de la vie. L'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour ces actes ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (TF 9C_688/2014 du 1^{er} juin 2015 consid. 3.6 et les références citées).

e) 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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 609 n° 2263).

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).

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).

5. 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 144 V 427 consid. 3.2 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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 et 122 V 157 consid. 1c).

c) Comme relevé ci-dessus (cf. consid. 3a *supra*), concernant l'allocation pour impotent, il incombe à l'office de l'assurance-invalidité de procéder à une enquête sur place portant sur l'impotence, sur un éventuel besoin d'assistance supplémentaire dans le cas des mineurs et sur le lieu de séjour des intéressés (ch. 8131 CIIAI).

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).

6. En l'occurrence, il convient de déterminer si la recourante a besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie sous l'angle de l'art. 38 al. 1 let. a RAI et d'examiner si elle ne peut, en raison de ses atteintes à la santé, vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne. A cet égard, la recourante allègue un besoin d'aide pour exécuter ses tâches ménagères.

Il ressort des pièces au dossier que l'OAI a rendu sa décision en se fondant sur le rapport d'enquête du 15 octobre 2019. Or, ce document contient de nombreuses incohérences et contradictions avec les pièces médicales au dossier. Sur le plan formel tout d'abord, l'enquêtrice évoque une personne examinée maîtrisant le français. Or, plusieurs documents au dossier relèvent la mauvaise compréhension de la langue par la recourante (cf. rapport du 20 mars 2009 du Dr N. _____ notamment). Il ressort en particulier de l'expertise des Drs C. _____ et B. _____ que ceux-ci ont eu recours à une interprète, comme cela avait déjà été le cas pour l'expertise du T. _____ du 8 janvier 2010. A cet égard, on observe que le rapport du 15 octobre 2019 se fait l'écho d'un changement dans le discours de la recourante après qu'elle a été informée des critères de régularité et d'importance de l'aide apportée dans l'octroi d'une allocation pour impotence. Si l'enquêtrice semble attribuer ce changement à la prise de conscience par l'intéressée de l'effet de ses premières déclarations, il n'est pas exclu que la recourante ait évolué dans son discours parce que sa mauvaise compréhension du français l'avait empêchée d'appréhender directement les questions qui lui étaient posées. C'est le lieu de relever que la problématique de la compréhension de la langue avait été admise par l'office puisque la date de l'enquête avait été fixée en fonction de l'agenda du fils de la recourante qui devait être présent précisément aux fins de permettre à sa mère de comprendre les questions posées et d'y répondre. Le fait qu'il ait finalement été absent ne saurait suffire à permettre à l'office intimé de procéder alors même que l'intéressée ne disposait pas des moyens nécessaires à participer à l'enquête ménagère.

Sur le fond, on relève que les différents médecins ayant examiné la recourante ont retenu de nombreuses limitations fonctionnelles (pas de travail binoculaire ; pas de port de charges ; éviter les positions statiques assises au-delà de 30 à 40 minutes, sans possibilité de varier les positions ; pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance ; pas de position debout immobile ; diminution du périmètre de marche ; pas de montée ou descente d'escaliers ; pas de position en genuflexion ou accroupie ; pas d'activité en hauteur). Ces

limitations - qui doivent affecter l'ensemble des activités déployées par la recourante - ont été admises par le SMR (avis des 14 octobre 2010 et 25 novembre 2019 par exemple) qui a également relevé le caractère fortement invalidant des atteintes constatées (avis du 28 mars 2019). Or, l'enquête ménagère se distancie du contenu des rapports médicaux au dossier, retenant en particulier que l'intéressée passerait le balai, ferait la cuisine ou la vaisselle et procéderait aux rangements ce malgré le constat qu'elle ne peut se déplacer qu'avec l'assistance de cannes ou d'un rollator. A lecture du rapport d'enquête à domicile, il ressort l'impression que la recourante est relativement autonome et parvient à réaliser les tâches ménagères avec une certaine aisance, tout en bénéficiant de l'aide ponctuelle de son fils. Cette appréciation est en totale contradiction avec les pièces au dossier et n'explique pas clairement pour quelles raisons elle s'en distancie. Au demeurant, on ne peut que rejoindre la recourante lorsqu'elle s'étonne du caractère succinct des avis du SMR censés confirmer les appréciations de l'enquêtrice. En effet, les médecins consultés ne se sont pas déterminés sur les rapports pourtant étayés des médecins traitants et n'ont pas expliqué pour quelles raisons les atteintes à la santé pourtant importantes de la recourante ne déploieraient pas d'effets significatifs sur la tenue de son ménage. A cet égard, on note que le Dr D. _____ avait relevé, le 27 septembre 2010, que la recourante avait déjà déclaré un besoin d'aide pour le ménage, aide qui était à l'époque prodiguée par une de ses amies et par son fils, sans que cette situation ne suscite le moindre étonnement chez le spécialiste.

En présence d'un rapport d'enquête en opposition avec l'ensemble des pièces au dossier, l'office se devait d'instruire le dossier de manière à lui permettre de se forger une opinion circonstanciée de la situation de la recourante. Ce point revêtait une importance d'autant plus grande qu'il a reconnu, en octroyant une rente entière d'invalidité à l'intéressée, que celle-ci présentait d'importantes atteintes à la santé entraînant de nombreuses limitations fonctionnelles, ce qui paraît plutôt contradictoire.

C'est le lieu de relever qu'aucun document au dossier ne permet de déterminer quelle est l'aide réelle apportée par le fils de la recourante à sa mère. L'enquête du 15 octobre 2019 souffre à cet égard d'un cruel manque de motivation, l'évaluatrice se bornant à admettre une aide partielle sans en expliciter l'importance ou la nature. A cet égard, on constate que certaines pièces au dossier paraissent attester que le fils de la recourante n'exerce son activité professionnelle qu'à temps partiel, sans que l'office intimé n'ait investigué la question de savoir si cette situation résulte d'un choix et, cas échéant, si ce choix repose sur un réel besoin d'aide de la recourante. L'audition de l'intéressé aurait au moins permis de clarifier les propos de sa mère et de fonder une appréciation motivée de la mesure de l'aide apportée, respectivement de son exigibilité.

Il s'ensuit qu'il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient en premier lieu d'instruire (cf. art. 43 LPG), pour qu'il complète l'instruction en réinterpellant l'enquêtrice afin qu'elle étaye son appréciation, voire qu'il mette en œuvre une nouvelle enquête à domicile. Il appartient en particulier à l'intimé d'établir le nombre d'heures par semaine pour lesquelles le soutien d'un tiers est nécessaire au vu des limitations fonctionnelles médicalement établies, puis de déterminer ce qui peut être effectivement pris en charge par un proche en application de l'obligation de diminuer le dommage.

7. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, savoir la tenue de débats publics avec audition de la recourante et de son fils. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

8. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il complète l'instruction du dossier.

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 est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'art. 82a LPGA). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

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'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée qui succombe (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) Par décision du magistrat instructeur du 15 décembre 2020, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 décembre 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit deux listes des opérations des 24 mars 2021 et 18 avril 2022, faisant état de plus de 20 heures de travail. Seules les prestations nécessaires à l'assistance de la recourante peuvent être admises. Or, l'activité prétendument déployée dépasse 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, étant rappelé que Me Duc est intervenu au stade de la procédure administrative déjà, que le litige est circonscrit à la question de savoir si la recourante nécessite un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, que les écritures déposées reprennent les développements invoqués devant l'instance précédente ainsi que dans les autres procédures concernant la recourante.

Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond à un peu moins de dix heures au tarif horaire de 180 fr., débours et TVA compris

(art. 2 al. 1 et 3 et art. 3^{bis} al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Ce nombre d'heures paraît largement suffisant à la bonne exécution du mandat. En conclusion, l'indemnité de dépens couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.

- II. Les décisions rendues le 6 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

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

Le président :

La greffière :

Du

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

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