

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2023

Composition : M. NEU, président
M. Peter et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

J._____, à **T.**_____, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. **a)** J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, dispose d'une formation d'aide soignante. A compter du mois de mai 1996, elle a travaillé à temps partiel en qualité d'auxiliaire polyvalente et de livreuse de repas pour le compte de la Fondation Z._____ (aujourd'hui : le Centre médico-social [CMS] de T._____). Entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 janvier 2003, elle a également travaillé sur une base horaire comme veilleuse de nuit pour le compte de Q._____.

Souffrant depuis le mois de mars 2003 de cervicodorsalgies secondaires à de légers troubles statiques et un status post-opératoire (cage intersomatique C5-C6), de symptômes anxio-dépressifs et d'une symptomatologie douloureuse chronique, J._____ a déposé le 17 mars 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli différents renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assurée, le Dr H._____ (rapport du 5 août 2004), et les dossiers établis par les assureurs perte de gain en cas de maladie des employeurs de l'assurée (V._____ Assurance-maladie et F._____ Assurances). Ont notamment été versés au dossier un rapport d'expertise psychiatrique réalisé par le Dr M._____ pour le compte de V._____ Assurance-maladie, duquel il ressortait que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé psychique (rapport du 18 octobre 2004), ainsi qu'un rapport d'enquête économique sur le ménage faisant état d'un empêchement de 61,9 % dans l'exercice des travaux habituels (rapport du 18 mars 2005).

Afin de compléter ces données, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a procédé à un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 8 août 2006, le Dr A._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de canal rachidien rétréci et saillie disco-ostéophyttaire paramédiane gauche en C5-

C6 et - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique, de status post excision d'un mélanome in situ de la jambe droite et de lombalgies chroniques non déficitaires ; la capacité de travail était nulle dans une activité d'aide soignante, mais, moyennant le respect des limitations fonctionnelles décrites par ce médecin, complète dans l'activité de ménagère et de 70 % dans l'activité habituelle de livreuse de repas.

Se fondant sur les conclusions du SMR, l'office AI a, par décision du 22 novembre 2007, rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 33 %, était insuffisant pour donner droit à une rente de l'assurance-invalidité.

B. **a)** Par courrier du 17 décembre 2007, J._____ a informé l'office AI qu'elle avait repris à compter du 15 novembre 2007 une activité d'aide-infirmière à 100 % pour le compte de l'Hôpital B._____.

J._____ s'est retrouvée en incapacité totale de travailler à compter du 29 janvier 2009 en raison d'un problème de hanches (conflit coxo-fémoral bilatéral). L'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, à savoir C._____ Assurances SA, a, le 3 juillet 2009, signalé le cas à l'office AI dans le cadre de la détection précoce. A la suite d'un entretien qu'elle avait eu avec l'office AI, l'assurée a, le 3 août 2009, déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'office AI a fait verser le dossier établi par C._____ Assurances SA, puis mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle auprès du centre Orif d'E._____ qui s'est déroulée du 26 octobre au 20 novembre 2009 et, enfin, recueilli les avis des Drs D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 18 janvier 2010), H._____ (rapport du 22 février 2010) et N._____, spécialiste en neurochirurgie (rapport du 6 mars 2010). Dans une expertise réalisée à la demande de l'assureur perte de gain, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et de conflit coxo-

fémoral bilatéral traité par arthroscopie en mars et avril 2009 ; la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rapport du 8 décembre 2009).

Par projet de décision du 6 avril 2010, l'office AI a informé l'assurée de son intention de lui allouer, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans une activité adaptée et d'une incapacité de gain corrélative de 42 %, un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010. Le même jour, l'office AI a alloué à l'intéressée une mesure d'aide au placement.

Par acte du 12 mai 2010, l'assurée a contesté ce préavis et conclu, sur la base de la capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée attestée par le Dr D. _____ dans son rapport du 18 janvier 2010, à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité.

Afin de compléter les données à sa disposition, le SMR a procédé à un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 17 août 2010, le Dr A. _____ a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de canal rachidien rétréci avec saillie disco-ostéophytaire paramédiane gauche en C5-C6 et de conflit fémoro-acétabulaire bilatéral des hanches (traité chirurgicalement), ainsi que celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de lombalgies dans un contexte de protrusion discale L2-L3 et hypertrophie des articulations postérieures ; la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle d'aide soignante et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par le biais d'un nouveau projet de décision du 28 janvier 2011, l'office AI a réitéré son intention d'allouer à l'assurée, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans une activité adaptée et d'une incapacité de gain corrélative de 42 %, un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010.

Par actes des 3 et 22 mars 2011, l'assurée s'est à nouveau opposée au préavis de l'office AI, en produisant deux rapports médicaux établis par les Drs D._____ (du 25 février 2011) et H._____ (du 13 mars 2011).

Après avoir requis l'avis du SMR, l'office AI a, par décisions des 21 novembre 2011 et 9 janvier 2012, alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2010.

b) Par mémoires des 6 janvier (cause AI 7/12) et 20 mars 2012 (cause AI 65/12), J._____ a formé recours contre les décisions des 21 novembre 2011 et 9 janvier 2012 en concluant à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2010.

Dans le cadre de l'instruction de ces recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie, rhumatologie et psychiatrie) à la Policlinique G._____ de K._____. Dans leur rapport du 4 décembre 2012, les Drs X._____ et W._____, spécialistes en médecine interne générale, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics - avec influence essentielle sur la capacité de travail - de cervico-brachialgies bilatérales, prédominant actuellement à droite, avec discectomie et mise en place d'une cage intersomatique en C5-C6 en mars 2003 et - sans influence essentielle sur la capacité de travail - de syndrome somatoforme douloureux persistant et de douleurs trochantériennes bilatérales avec conflit coxo-fémoral bilatéral anamnestique traité par arthroscopie en mars et avril 2009 ; la capacité de travail était de 80 % dans l'activité d'aide soignante et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

Dans ses déterminations du 2 avril 2013, l'assurée a contesté la valeur probante de cette expertise judiciaire en se référant notamment à une prise de position du 21 mars 2013 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans ses déterminations du 25 avril 2013, l'office AI a considéré que les critiques produites par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire.

Par courrier du 26 août 2013, le magistrat instructeur a rendu l'assurée attentive à la possibilité d'une réforme à son détriment des décisions attaquées.

Par acte du 5 septembre 2013, l'assurée a informé la Cour des assurances sociales du retrait des recours déposés les 6 janvier et 20 mars 2012.

Par décisions du 5 septembre 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé les causes du rôle par suite du retrait des recours.

C. **a)** Le 10 octobre 2013, l'office AI a engagé une procédure de révision d'office du quart de rente alloué à l'assurée en lui remettant un questionnaire qu'elle a complété le 15 janvier 2014. Elle y mentionnait une aggravation de son état dépressif depuis le mois de février 2013 avec idées noires et suicidaires, aboulie et retrait social. Dans le cadre de la procédure de révision, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (rapports des 7 février 2014 du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale, et 10 avril 2014 de la Dre O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

b) Par courrier du 18 août 2014, l'assurée a informé l'office AI du fait qu'elle avait été victime, le 1^{er} mai 2014, d'un accident professionnel ayant entraîné une acutisation de ses cervicalgies chroniques. Après la reprise de son activité professionnelle en octobre 2014, elle a subi diverses périodes d'incapacité de travail (courriers du Dr I._____ des 8 octobre 2014 et 24 mars 2015).

Ensuite de l'avis médical du 28 janvier 2016 du Dr P._____, médecin auprès du SMR, l'office AI a, par projet de décision du 12 février 2016, refusé d'augmenter le quart de rente d'invalidité alloué à l'assurée depuis le 1^{er} février 2010 sur la base d'un degré d'invalidité de 42 %. Selon les renseignements médicaux au dossier, il n'existait pas d'éléments permettant de retenir une aggravation objective de l'état de santé, si bien que la capacité de travail demeurait fixée à 70 % dans une activité adaptée.

Le 16 mars 2016, l'assurée a présenté des objections à ce projet de décision, estimant que c'était à tort que l'office AI avait nié l'existence d'une aggravation de son état de santé, dès lors qu'elle présentait un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'une polyarthrite aux deux mains. Tout en annonçant la production de nouveaux rapports médicaux, elle sollicitait d'ores et déjà la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport du 5 août 2016, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que sa patiente présentait une polyarthrite séronégative érosive à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 31 mars 2016. Par la suite, ce médecin a confirmé que l'incapacité de travail était totale en toute activité à compter de cette date (cf. rapports des 20 septembre et 21 octobre 2016).

A la demande de l'assureur perte de gain, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assurée. Dans son rapport du 9 novembre 2016, il a posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative en poussée, de ténosynovite de De Quervain bilatérale, de cervico-brachialgies droites chroniques, de discopathies cervicales et hernie discale C5-C6 et de status après cure de hernie discale C5-C6 avec mise en place d'une cage intersomatique en 2003. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a estimé qu'elle était nulle dans tous les domaines d'activité en raison d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative en poussée, laquelle n'était pas stabilisée même si elle était susceptible de s'améliorer.

Par projet de décision du 9 mai 2017 annulant et remplaçant celui du 12 février 2016, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2016 compte tenu d'une incapacité totale de travail attestée depuis le 31 mars 2016.

Le 8 novembre 2017, l'assurée a contesté ce projet de décision, en faisant valoir que l'aggravation de son état de santé était antérieure à 2016. En effet, dans un rapport du 30 octobre 2017, le Dr H. _____ indiquait que sa patiente s'était plainte de douleurs articulaires aux mains en 2010. En conséquence, l'assurée en inférait que son état de santé s'était aggravé à tout le moins depuis le 18 août 2014 et que c'était donc cette date qu'il convenait de retenir plutôt que celle du 31 mars 2016.

Après avoir recueilli des renseignements médicaux complémentaires (rapport du 5 décembre 2017 de la Dre A.A. _____, spécialiste en rhumatologie), le Dr P. _____ a demandé la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique « [a]fin d'établir l'évolution de l'état de santé de [l'] assurée depuis 2010, les limitations fonctionnelles actuelles ainsi que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée » (avis médical du 6 mars 2018).

Le 2 juillet 2018, l'assurée a déposé une demande de révision de la décision du 28 janvier 2011, indiquant qu'elle contestait le droit à une rente pour la période antérieure au 1^{er} juillet 2016. Elle a expliqué que l'expertise du Dr Y. _____ du 9 novembre 2016 avait établi qu'elle souffrait non pas d'un trouble somatoforme douloureux mais d'une polyarthrite séronégative, laquelle avait débuté, selon le Dr H. _____, au mois d'août 2010. Forte de ces éléments, l'assurée a demandé la mise en œuvre d'une expertise en vue de déterminer quand la polyarthrite rhumatoïde invalidante était apparue.

Le 7 septembre 2018, l'office AI a confié au Cercle B.B. _____ la réalisation d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet

rhumatologique (Dre C.C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie) et un volet psychiatrique (Dr D.D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 17 décembre 2018, ils ont posé les diagnostics - ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles - de :

- cervicobrachialgies chroniques à prédominance gauche dans le cadre de :
 - bloc intersomatique C5-C6 post disectomie et mise en place d'une cage en 2003,
 - discopathies sus et sous-jacentes de l'arthrodèse,
 - formation ostéophytaire médio-latérale gauche ;
- polyarthrite rhumatoïde séronégative ;
- arthrose débutante des mains ;
- status après synovectomie, plastie de réduction du toit acétabulaire et ostéoplastie de sphérisation à la jonction tête-col en 2009 ;
- périarthropathie de la hanche droite modérée et secondaire ;
- lombalgies chroniques aspécifiques - discopathies dégénératives L2-L3 non compressive.

S'agissant de la capacité de travail, les experts se sont exprimés en ces termes :

« 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

En tant qu'aide infirmière dans le secteur somatique, la capacité de travail médico-théorique est de moins de 20 %, en raison des limitations fonctionnelles physiques, ceci depuis au moins février 2010. Cependant, l'assurée a repris cette activité d'elle-même en mars 2014.

En tant qu'aide infirmière en psychiatrie, activité occupée par l'expertisée depuis octobre 2014, la capacité de travail est totale. En effet, cette activité dans ce secteur spécifique respecte les limitations fonctionnelles physiques de l'expertisée, et ceci depuis toujours.

L'incapacité de travail relative à la polyarthrite rhumatoïde est temporaire à 100 % depuis le 31 mars 2016. En effet, en l'absence d'activité de la maladie sous traitement de fond, la capacité de travail en tant qu'aide infirmière en psychiatrie est à nouveau totale, ceci depuis maintenant. La capacité de travail entre 2010 et 2016 n'est pas influencée par l'éventualité d'une polyarthrite rhumatoïde pré-existante à 2016 qui, si présente, était infra-clinique et peu active, et sans atteinte anatomique durable.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est totale. L'incapacité de travail relative à la polyarthrite rhumatoïde est temporaire, à 100 % depuis le 31 mars 2016. En effet, en l'absence d'activité de la maladie sous traitement de fond, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations physiques est à nouveau totale, ceci depuis maintenant, cette problématique étant actuellement stabilisée.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. »

Sollicité pour détermination, le Dr P._____ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (avis médical du 13 février 2019).

Le 15 février 2019, l'assurée a fait part à l'office AI d'une aggravation de son état de santé à la suite d'un accident vasculaire cérébral survenu la veille et ayant nécessité son hospitalisation. Au cours des examens effectués à cette occasion, les médecins avaient par ailleurs découvert un méningiome.

Dans un courrier du 8 août 2019, le Prof. E.E._____, médecin-chef au Service de neurochirurgie de l'Hôpital F.F._____, a rendu compte au Dr U._____ de la consultation ambulatoire pratiquée ce jour. Après avoir indiqué que l'assurée avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale pour un méningiome clinoidal au côté droit au mois d'avril précédent, il a relevé qu'elle ne présentait aucun symptôme neurologique ni aucun déficit par rapport à cette tumeur ou à la chirurgie. Même si l'état visuel était normal lors des tests réalisés, une surveillance demeurait nécessaire.

Dans un avis du 11 décembre 2019, la Dre G.G._____ a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 14 février 2019 au 9 juin 2019 (cf. rapport non daté indexé le 28 novembre 2019 du Dr H.H._____, médecin assistant au Service de neurochirurgie de l'Hôpital F.F._____). Dès cette date, l'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan neurologique susceptible de limiter sa capacité de travail (cf. rapport du Prof. E.E._____ du 8 août 2019).

D'un rapport final dressé le 7 janvier 2020, il ressort que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, alors qu'elle était entière depuis le 10 juin 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de stations statiques prolongées, pas de port de charges lourdes, pas de port répété de charges de plus de 7 kg, pas de porte-à-faux, pas de position soutenue tête fléchie ou en extension, pas de travaux de manutention en force, pas de travaux accroupi.

Par projet de décision du 21 février 2020 annulant et remplaçant celui du 9 mai 2017, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2016, dite prestation étant supprimée le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 10 juin 2019, l'office AI a procédé au calcul du préjudice économique. A cette fin, il a retenu un revenu sans invalidité de 66'108 fr. 80, tandis qu'il s'est fondé sur les statistiques salariales pour fixer le revenu d'invalidité à 49'813 fr. 94 après un abattement de 10 % au titre des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée. La comparaison de ces revenus a conduit à une perte de gain de 16'294 fr. 86, soit un degré d'invalidité de 24,65 %.

Par courrier du 27 mars 2020, l'assurée a critiqué le projet de décision du 21 février 2020. Au regard de la gravité des atteintes à la santé et de leur aggravation depuis 2014, elle estimait que c'était de manière non motivée et choquante que l'expertise du Cercle B.B. _____ avait retenu que sa capacité de travail était entière en tant qu'infirmière en psychiatrie. Or, comme l'avait exposé le Dr Y. _____, l'incapacité de travail était durablement nulle sur le plan rhumatologique. A cela s'ajoutait que l'office AI n'avait pas tenu compte de la péjoration de l'état de santé annoncée en février 2019.

Le 2 avril 2020, l'assurée a transmis un rapport établi le 5 novembre 2019 par le Prof. I.I._____, médecin-chef auprès de la Clinique J.J._____. Tout en confirmant le diagnostic de polyarthrite séronégative active, ce médecin estimait, contrairement à la Dre C.C._____, qu'elle n'était pas stabilisée mais qu'elle était fortement active avec des synovites définitives aux articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales des poignets et des pouces. Cette problématique était aggravée par les atteintes neurologiques actuelles (accident vasculaire cérébral en février 2019 et troubles neuropsychologiques en lien avec un méningiome clinoidien droit opéré en avril 2019). En conséquence, le Prof. I.I._____ était d'avis que l'incapacité de travail était totale en toute activité et ce, de manière durable.

En réponse aux questions de l'office AI, la Dre A.A._____ a indiqué, le 7 avril 2020, que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis 2019 (accident vasculaire cérébral et méningiome) et que sa capacité de travail était nulle en toute activité.

Le 5 mai 2020, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, en indiquant avoir besoin de l'aide d'un tiers pour l'acte « se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher ». Elle nécessitait également une surveillance personnelle et un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ménage, tâches administratives).

Après avoir brièvement résumé la situation médicale de l'assurée, la Dre G.G._____ a conclu en ces termes son avis médical du 18 août 2020 :

« Sur le plan neurologique et neuropsychologique, la situation est claire, l'intervention du 24 avril 2019 n'a eu aucune répercussion durablement incapacitante (rapport du Prof. E.E._____, neurochirurgien à l'Hôpital F.F._____, du 8 août 2019). Les plaintes, rapportées par l'assurée lors du consilium du Prof. I.I._____ (et non objectivées dans son examen clinique) sont les mêmes que celles de l'expertise du Cercle B.B._____ du 17 décembre 2018 qui ne retenait aucune atteinte psychiatrique incapacitante.

Sur le plan rhumatologique, nous avons donc un nouvel avis différent de celui de l'expertise du 17 décembre 2018, sans description d'une aggravation depuis cette dernière mais concluant que celle-ci serait erronée, en particulier que l'expert aurait confondu une arthrose débutante des doigts (pouvant engendrer des inflammations) avec des synovites sur polyarthrite, ce que nous ne pouvons suivre. Le consilium du Prof. I.I. _____ n'est pas convaincant, s'éloignant des conclusions de la Dre C.C. _____ quasi exclusivement sur la présence de synovite clinique des doigts avec un status finalement quasi superposable, se basant sur des signes aux RX standards qui ne sont pourtant pas compétents pour objectiver une inflammation, et qui n'a pas confirmé ses constatations par les examens radiologiques d'usage, et validant d'importantes limitations sur des faits anamnestiques.

En conclusion, à la lecture des nouveaux éléments, nous n'avons pas suffisamment d'arguments pour invalider les conclusions de l'expertise du 17 décembre 2018 ou nos conclusions du 11 décembre 2019 concernant l'atteinte neurologique ».

Par décision du 6 novembre 2020, l'office AI a confirmé le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2020, dite prestation étant, suivant le projet de décision du 21 février 2020, supprimée avec effet au 1^{er} janvier 2021. Le 10 décembre 2020, l'assurée a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre cette décision (cause AI 404/20).

Par décision du 4 décembre 2020, l'office a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} juillet 2016 et le 30 novembre 2020. Le montant total dû à l'assurée s'élevait à 100'460 fr., sous déduction des montants de 28'023 fr. au titre des prestations déjà versées, de 22'615 fr. 05 versé par l'assurance perte de gain en cas de maladie et de 17'767 fr. 20 au titre de créances à compenser. Il en résultait un solde de 32'054 fr. 75 en faveur de l'assurée. Le 21 janvier 2021, l'assurée a déféré cette décision devant la Cour de céans (cause AI 21/21).

Dans l'intervalle, l'office AI a fait réaliser une enquête à domicile en vue d'évaluer l'impotence de l'assurée. Il ressort du rapport établi le 16 novembre 2020 qu'elle n'a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour aucun des actes ordinaires de la vie. En outre, elle ne remplissait pas les critères d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Par projet de décision du 17 novembre 2020, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser l'octroi d'une allocation pour impotent, au motif qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire. Par ailleurs, un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé.

Le 17 décembre 2020, l'assurée a présenté des objections à ce projet. Dans un grief de nature formelle, elle s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, arguant que la possibilité de se déterminer sur le rapport de l'enquêtrice ne lui avait pas été offerte contrairement à ce qui prévalait dans les cantons alémaniques. Sur le fond, elle estimait que c'était à tort que l'enquêtrice n'avait pas retenu le besoin d'assistance d'au moins deux heures par semaine pour effectuer les tâches ménagères et administratives et faire sa toilette.

Par décision du 26 janvier 2021, l'office AI a nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent, reprenant les motifs de son projet de décision du 17 novembre 2020. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées par l'assurée.

D. **a)** Par acte du 25 février 2021, J._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 26 janvier 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction.

Dans un grief de nature formelle, l'assurée a invoqué une violation de son droit d'être entendue, en faisant valoir qu'elle n'avait pas eu la possibilité de se déterminer sur le contenu du rapport d'enquête du 16 novembre 2020. Dans la mesure où celui-ci était en contradiction avec les constatations médicales, il convenait « de poser des questions

complémentaires à des spécialistes du domaine médical afin d'établir avec certitude les effets des troubles physiques et psychiques sur les actes ordinaires de la vie ».

Sur le fond, l'assurée s'est prévalu de divers rapports médicaux pour soutenir qu'elle avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir l'acte « faire sa toilette ». Par ailleurs, elle souffrait d'importantes limitations fonctionnelles l'empêchant de marcher seule plus de trente minutes, en sorte qu'il convenait de constater le besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir l'acte « se déplacer ». En outre, elle avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En effet, la tenue du ménage représentait une charge disproportionnée au regard de son état de santé et de celui de son époux. Cet accompagnement était également nécessaire pour éviter un isolement durable car elle souffrait d'un état dépressif ainsi que d'un retrait social important. Finalement, elle présentait des séquelles neuropsychologiques avec des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention nécessitant un accompagnement pour effectuer les tâches administratives. A titre de mesure d'instruction, l'assurée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, neurologique et neuropsychologique.

b) Dans sa réponse du 19 avril 2021, l'office AI a nié une violation du droit d'être entendu de l'assurée et expliqué en quoi le rapport d'enquête du 16 novembre 2020 devait se voir conférer pleine valeur probante. Il a ensuite répondu aux arguments de l'assurée quant à un besoin d'aide pour les actes « faire sa toilette » et « se déplacer », indiquant en outre que les conditions pour reconnaître l'existence d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'étaient en l'occurrence pas réalisées. Il a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 12 mai 2021, l'assurée s'est une nouvelle fois prévalu d'une violation de son droit d'être entendue, du fait que les notes et le rapport de l'enquêtrice ne lui avaient pas été communiqués à l'issue de la visite domiciliaire. Ce procédé divergeait de la pratique

instaurée dans les cantons alémaniques, lesquels permettaient aux assurés de prendre connaissance des rapports d'enquête au terme de la visite à domicile. La possibilité de prendre connaissance du rapport d'enquête au stade de la procédure d'audition était à son avis insuffisante, tandis que les notes de l'enquêtrice demeuraient inaccessibles. Sur le fond, elle estimait que ses limitations fonctionnelles (pas de stations statiques prolongées, pas de port de charges lourdes, pas de port répété de charges de plus de 7 kg, pas de porte-à-faux, pas de position soutenue tête fléchie ou en extension, pas de travaux de manutention en force, pas de travaux en position accroupie) étaient incompatibles avec la tenue du ménage. A cela s'ajoutait que l'état de santé de son époux ne lui permettait pas de l'aider, ce point n'ayant au demeurant pas fait l'objet d'une mesure d'instruction de la part de l'office AI. En outre, son mari était régulièrement absent du domicile conjugal, si bien qu'elle souffrait d'un isolement social. Quant aux effets secondaires du traitement médicamenteux, il contre-indiquait la conduite automobile. Renvoyant pour le surplus aux arguments de son recours, elle a déclaré en confirmer les conclusions.

d) Dupliquant en date du 7 juin 2021, l'office AI a indiqué que l'enquêtrice avait tenu compte des limitations fonctionnelles de l'assurée. Se référant ensuite au rapport d'expertise du Cercle B.B. _____ du 17 décembre 2018 et au rapport d'enquête à domicile du 16 novembre 2020, il a maintenu que le droit à une allocation pour impotent n'était pas ouvert, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

e) Le 15 juin 2021, l'assurée a transmis un certificat médical établi le 10 juin précédent, dans lequel le Dr U. _____ faisait état d'une récurrence du cancer dont son époux souffrait. Dans ces conditions, celui-ci ne pouvait plus passer l'aspirateur ni prendre le relais pour le port de charges. Il en résultait que le rapport d'enquête était non seulement incomplet mais erroné puisqu'il ne tenait pas compte de cette aggravation, pas plus qu'il n'évoquait le lavage des vitres, des sols, de la cuisine et des toilettes. Quant à l'assurée, elle a répété que la polyarthrite

rhumatoïde active rendait disproportionnée l'accomplissement des tâches ménagères. Elle a confirmé ses conclusions.

f) Par pli du 29 juin 2021, l'office AI a indiqué que le rapport d'enquête du 16 novembre 2020 retenait que l'assurée pouvait effectuer diverses tâches d'entretien même si elles étaient parfois accomplies plus lentement ou avec peine. En outre, le rapport d'expertise du Cercle B.B. _____ du 17 décembre 2018 faisait mention du cancer présenté par l'époux de l'assurée. Partant, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

g) Dans ses déterminations du 8 juillet 2021, l'assurée s'est étonnée que l'office AI n'ait indiqué que postérieurement au certificat médical du 10 juin 2021 être au courant de la maladie de son époux, sans pour autant que cet élément n'ait d'influence sur sa position. Outre la fatigue liée aux traitements, il ne lui était pas possible d'utiliser les produits d'entretien habituels, lesquels étaient nocifs pour une personne atteinte d'un cancer des poumons. De plus, son état de santé exigeait de nombreux déplacements à l'hôpital, si bien qu'il était choquant d'affirmer que l'assurée pouvait compter sur l'aide de son époux pour la tenue du ménage. En conséquence, elle ne pouvait que maintenir les conclusions prises au pied de de son recours du 25 février 2021.

E. Par arrêt de ce jour, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a joint les causes AI 404/20 et AI 21/21 et admis les recours formés par l'assurée contre les décisions des 6 novembre et 4 décembre 2020, la cause ayant été renvoyée à l'intimé pour en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise complémentaire sur les plans rhumatologique, neuropsychologique et neurologique afin de réévaluer la situation médicale et de mieux préciser les capacités résiduelles de l'assurée.

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 a pour objet le droit de la recourante à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité.

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 de la décision litigieuse rendue le 26 janvier 2021 (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. a) Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en relation avec le déroulement de l'enquête à domicile. Elle allègue qu'elle n'a pas pu se déterminer sur le contenu du rapport d'enquête du 16 novembre 2020, « ce qui n'est pas admissible ». Dans la

mesure où celui-ci était en contradiction avec les constatations médicales, il convenait « de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical afin d'établir avec certitude les effets des troubles physiques et psychiques sur les actes ordinaires de la vie ». L'assurée considère, en se référant à la jurisprudence sur les premières déclarations faites par un assuré dans le cadre de l'évaluation de l'impotence, que le seul fait de pouvoir se déterminer ultérieurement par écrit sur le contenu du rapport d'enquête à domicile ne suffirait pas à garantir le droit d'être entendu des assurés, qui se trouvent empêchés de vérifier la réelle teneur de leurs propos puis, au besoin, de les faire modifier. Les offices Al alémaniques soumettraient d'ailleurs aux assurés un procès-verbal pour accord et signature au terme de l'enquête à domicile.

b) Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1; 142 II 218 consid. 2.3). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, en ce qui concerne les rapports d'enquête rédigés sur place – tels les rapports économiques sur le ménage ou ceux concernant l'intensité et la durée des soins à domicile –, le Tribunal fédéral a retenu que s'il serait en règle générale souhaitable qu'ils soient soumis à la personne assurée (ou à son représentant légal) pour lecture et approbation, il ne s'agit pas en soi d'une obligation stricte. Il suffit que le droit de l'assuré de consulter le dossier soit respecté et que lui soit donnée la possibilité de s'exprimer sur le résultat de l'enquête dans le cadre de la procédure relative à l'exercice de son droit d'être entendu (ATF 128 V 93 consid. 4 *in fine*; TF 9C_618/2021 du 12 septembre 2022 consid. 4.2 et la référence citée).

c) En l'occurrence, l'enquête a eu lieu le 11 novembre 2020 au domicile de la recourante, sans la présence de son époux, lequel était

parti dans sa famille pour quelques semaines. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a demandé à l'office AI, le 17 novembre 2020, le dossier complet constitué par ses soins, requête à laquelle il a accédé en date du 19 novembre 2020. A cette date, le dossier comportait ainsi déjà le rapport d'enquête du 16 novembre 2020. Or, ni la recourante, ni son avocat ne se sont déterminés sur le rapport d'enquête à réception de la copie du dossier complet de l'assurée. Ce n'est qu'après avoir reçu le projet de décision du 17 novembre 2020 lui refusant le droit à une allocation pour impotent que la recourante a, par courrier du 17 décembre 2020, présenté des objections à ce projet et s'est prévaluée d'une violation de son droit d'être entendue.

d) Vu ces éléments, on ne voit pas que le droit d'être entendue de la recourante aurait été violé par l'intimé, puisque celle-ci a été parfaitement en mesure de s'exprimer sur la teneur du rapport d'enquête au stade de la procédure d'audition. Quoiqu'elle en dise, il était loisible à l'assurée, respectivement à son représentant, de requérir un tirage du rapport d'enquête dès son établissement pour connaître l'évaluation définitive de l'enquêtrice de l'intimé avant l'établissement du projet de décision du 17 décembre 2020. L'assurée, représentée par son avocat, aurait pu d'ailleurs se manifester immédiatement après la visite de l'enquêtrice à son domicile pour faire valoir ses arguments sur la façon de procéder de cette dernière. Tel n'a pas été le cas, ce qu'elle ne prétend du reste pas. En tout état de cause, il suffit que, comme en l'espèce, la personne assurée ait été mise en situation, au cours de la procédure administrative, de prendre connaissance du rapport d'enquête (qui synthétise les principales informations nécessaires à la prise de décision), de pouvoir s'exprimer par écrit à son sujet et d'accéder à la totalité du dossier. Aussi, compte tenu des possibilités de la recourante de s'exprimer en toute connaissance de cause au stade de la procédure d'audition, le grief de violation du droit être entendu apparaît infondé, ce d'autant qu'elle a pu faire valoir une nouvelle fois ses griefs à l'occasion de la procédure de recours, et s'exprimer dans le cadre d'un triple échange d'écritures. Le grief de violation du droit d'être entendu doit en conséquence être écarté.

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 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). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé.

5. a) L'art. 37 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

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

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, 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).

6. a) Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence (CSI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]), 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.

b) 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 moeurs 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).

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. 2021 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, 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. 2010 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, 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. 2013 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, 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. 2016 à 2018 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8029 et 8030 CIIAI]).

7. **a)** 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).

b) 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).

c) 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).

8. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs

importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

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

b) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2).

Cette jurisprudence est également applicable s'agissant de déterminer l'impotence sous l'angle de l'accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3).

Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites

sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2264, p. 610).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4).

9. a) En l'espèce, il est établi - et au demeurant non contesté - que la recourante souffre de cervicobrachialgies chroniques à prédominance gauche, d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative active, d'une coxarthrose bilatérale débutante ainsi que d'un status après un accident vasculaire cérébral sylvien droit survenu en février 2019 et d'une craniotomie opérée en avril 2019 en raison d'un méningiome clinoidien droit. Il est également établi que les limitations fonctionnelles de la recourante ont trait aux atteintes ostéo-articulaires pour lesquelles il convient d'éviter les stations statiques prolongées, le port de charges lourdes, le port répété de charges supérieures à 7 kg, la position en porte-à-faux, la position soutenue tête fléchie ou en extension, les travaux de manutention en force et les travaux en position accroupie.

b) Dans le contexte de l'évaluation de l'impotence, on dispose à la fois du rapport d'enquête à domicile, rédigé par l'enquêtrice de l'intimé le 16 novembre 2020, et de divers documents médicaux.

On peut relever que le rapport d'enquête du 16 novembre 2020 constitue, a priori, un document exhaustif reflétant objectivement les difficultés rencontrées par l'assurée dans ses activités quotidiennes, étant précisé qu'il est largement fondé sur les explications communiquées par celle-ci lors de la visite domiciliaire. Les explications données par la recourante à l'enquêtrice ont permis à celle-ci de constater les difficultés de l'assurée à accomplir certaines tâches, de comprendre les ressources de celle-ci et de savoir l'étendue de l'aide obtenue de tiers.

Cela étant, il y a lieu de déterminer si les pièces au dossier sont à même de faire douter des conclusions de l'enquêtrice de l'intimé pour ce qui a trait à la situation prévalant à la date de la décision querellée du 26 janvier 2021, étant observé que la recourante a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise, tout comme dans la cause afférente à la reconnaissance du droit à une rente.

10. Dans la cause AI 404/20 (jointe à la cause AI 21/21), afférente au droit à une rente d'invalidité, la recourante a précisément obtenu gain de cause s'agissant de la nécessité de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical, sur les plans rhumatologique et neuropsychologique, afin de réévaluer une situation qui a pu se péjorer dans le contexte de l'évolution d'une polyarthrite rhumatoïde active d'une part et de troubles neurocognitifs observés à la suite de plusieurs accidents vasculaires cérébraux d'autre part.

Cette nouvelle évaluation de l'état de santé pourrait être de nature à influencer sur l'appréciation des capacités et des ressources de l'assurée, respectivement les constats qui ont été dressés par une enquêtrice qui a rédigé son rapport sur la base d'un état de fait incomplet, ce qui a pu influencer sur son jugement.

Partant, le renvoi à compléter l'instruction sur le plan médical doit conduire à renvoyer l'intimé à statuer à nouveau, après que l'instruction ait été complétée, dans la mesure où une actualisation de la situation sur un plan global peut le cas échéant avoir une incidence sur le

constat d'une impotence qui s'apprécie au regard d'une expertise économique et ménagère, mais également sur la base de la documentation médicale.

Il se justifie donc d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer l'intimé à statuer à nouveau sur la base du dossier complété par l'expertise à intervenir, au besoin en procédant également à une nouvelle enquête à domicile.

11. 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour en compléter l'instruction au sens des considérants puis rendre une nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 J._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :