

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 décembre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Oppikofer et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

S._____, 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. 9 LPGA ; 37 et 38 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. a) S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 20 janvier 1968, sans formation professionnelle, a travaillé comme employée de production pour O._____SA jusqu'au 16 décembre 2008.

Le 20 octobre 2010, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant de fortes migraines quotidiennes et des difficultés de concentration depuis 2008. Cette demande a été rejetée par décision du 5 décembre 2011. Celle-ci se fondait sur un rapport d'expertise de la Clinique N._____ du 8 septembre 2011, aux termes duquel les médecins avaient retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de céphalées tensionnelles chroniques (G44.2), de migraines sans aura (G43.0), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), ainsi que d'hypertension artérielle (I10).

b) Le 23 juillet 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, faisant valoir une aggravation de son état de santé, en particulier sur le plan psychiatrique.

Dans le cadre de l'instruction de cette seconde demande, une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et neurologique) a été confiée à T._____SA ([...]). Dans leur rapport du 22 janvier 2019 y relatif, les experts ont retenu les diagnostics non incapacitants de céphalées tensionnelles fréquentes avec sensibilité des muscles péri-crâniens associées à une possible migraine sans aura, à des céphalées attribuées à l'abus de médicaments ou à des céphalées sur abus de multiples médicaments, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de traits de la personnalité histrionique, ainsi que de personnalité dépendante rappelant les troubles mixtes de la personnalité, de douleurs abdominales pariétales persistantes post cure de hernie de la ligne blanche, d'éructions et nausées persistantes post cure de hernie hiatale, d'hypertension artérielle contrôlée et d'hypertension oculaire

bilatérale traitée. Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était totale et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle.

Sur le plan rhumatologique en particulier, l'examen clinique s'était révélé strictement normal et les plaintes cervicales et lombaires ne pouvaient être objectivées.

L'expert neurologue a, quant à lui, constaté que le problème principal de l'assurée était d'ordre comportemental associé à un abus médicamenteux, probablement en augmentation sur plusieurs années et probablement un déconditionnement physique en raison de longues périodes de position couchée et de l'absence d'efforts physiques. L'expert a relevé que les limitations de mouvements ne trouvaient aucune corrélation objective les expliquant.

Enfin, l'experte psychiatre a précisé que l'assurée avait tendance à amplifier ses plaintes, qu'il n'y avait pas de comorbidité, que l'assurée disposait de ressources personnelles et d'un réseau social, amical et familial et qu'elle n'était pas limitée dans les activités de la vie quotidienne dans tous les domaines.

Par avis du 19 mars 2019, le Dr C._____ du Service médical régional AI (SMR) a conclu que le tableau symptomatique que présentait l'assurée correspondait à un trouble somatoforme qui ne s'était objectivement pas modifié depuis 2011, qui n'était pas accompagné d'une psychopathologie incapacitante et qui n'avait pas conduit à un épuisement des ressources adaptatives de l'assurée.

La deuxième demande de prestations déposée par l'assurée a ainsi été rejetée par décision de l'OAI du 5 septembre 2019, confirmée par arrêt (AI 340/19 - 18/2021) du 21 janvier 2021 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), qui a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 janvier 2019 de T._____SA.

c) Dans l'intervalle, soit le 13 mars 2020, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, en revendiquant des prestations d'aide médicale en raison de l'impossibilité de faire le ménage, la cuisine et les courses depuis 2009, avec une nécessité plus grande depuis novembre 2019. Elle précisait, dans le formulaire y relatif, que l'aide lui était apportée par ses sœurs. L'assurée sollicitait également un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Selon elle, une aide sous la forme d'aide au ménage et à la cuisine était nécessaire pour vivre de manière indépendante. Elle avait également besoin d'un accompagnement pour établir des contacts sociaux hors de son lieu de vie, de même que de la présence d'un tiers pour éviter un isolement social.

Dans un rapport du 15 juin 2020, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que sa patiente avait besoin d'une aide régulière et importante pour les actes suivants : se lever/s'asseoir/se coucher (1), manger (2) et se déplacer/entretenir des contacts sociaux (3), ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de 2 heures par semaine. A titre de justification, il a précisé que la patiente faisait appel à ses sœurs qui l'aidaient à domicile. Le Dr M._____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) provoquant des douleurs qui se déclenchaient lorsque la patiente penchait la tête en avant, un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1) avec perte d'élan vital, perte d'envie, perte d'appétit et sommeil perturbé, ainsi qu'une modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) avec des difficultés relationnelles et une ambivalence. Le médecin précité a mentionné que sa patiente ne parvenait pas à soulever des charges, que des douleurs se déclenchaient si elle penchait la tête en avant ou si elle portait des objets lourds, et qu'elle ne préparait pas ses repas.

Le 4 juillet 2020, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de 2

heures par semaine était nécessaire, tout en précisant que ce besoin d'aide était surévalué dans la mesure où le besoin d'aide au ménage était de 2 heures par mois. Le syndrome dépressif dont souffrait sa patiente engendrait une asthénie. Les douleurs et sensations vertigineuses chronifiées sous forme de migraines, de névralgie d'Arnold avec une composante somatoforme causaient des céphalées déclenchées par les flexions du cou entraînant des vertiges et malaise vagal. Quant aux sensations vertigineuses, elles empêchaient l'exécution du ménage. Les difficultés au quotidien se résumaient à des céphalées quand la patiente se penchait en avant ou lorsqu'elle portait des charges supérieures à 1kg. Elle ne pouvait plus faire son lit, la cuisine, le ménage et les courses seule.

En date du 7 octobre 2020, une évaluation de la situation de l'assurée a eu lieu à son domicile. Dans le rapport y relatif du 8 octobre 2020, l'évaluatrice a en particulier retenu ce qui suit sous le chapitre des éléments nouveaux concernant l'atteinte à la santé :

« L'assurée est suivie par son médecin traitant toutes les 2 semaines à 1 mois en fonction de son état et de ses besoins. Son psychiatre la rencontre 1X/mois et sa psychologue 1X/semaine. L'assurée se rend au cabinet. Elle indique que sa santé ne va pas bien. Elle présente des migraines 3 à 4X/semaine environ. Lorsqu'elle penche la tête vers l'avant ou qu'elle essaie de faire quelque chose, elle présente des vertiges, des nausées avec vomissements, une impression de marcher dans l'espace. Elle doit ensuite rester allongée pendant plusieurs minutes voire plusieurs heures avant de se reprendre. Depuis 11.2019, sa situation a empiré avec encore plus de souffrance, qui a été multipliée par 10. Après l'expertise médicale (GED du 22.01.2019), elle a été reçue au service d'antalgie du Centre hospitalier X. _____ [[...]] car l'expert lui avait dit que sa situation pourrait s'améliorer si des infiltrations lui étaient faites régulièrement, ce qu'elle avait déjà eue (sic) à une reprise dans la nuque. En 11.2019, elle a donc bénéficié d'une infiltration, dont elle a senti l'injection. Elle indique qu'elle pensait venir pour un problème d'estomac mais que la Dresse lui a proposé une infiltration. Elle l'a acceptée mais sans réfléchir. Depuis lors, elle ne supporte plus le frottement de la perruque au point d'injection, ni que son foulard soit serré à ce niveau. Elle présente encore plus de nausées, un sifflement dans l'oreille G [gauche] et une impression de marcher dans l'espace. 1 semaine plus tard, elle se penchait pour plier un vêtement de sa nièce présente et a dit que ça n'allait pas. Elle a pensé que ce serait passager mais le sifflement dans l'oreille G, les vertiges persistent. Elle a l'impression que quelque chose se décolle dans sa tête et le point d'injection tape fort. Les symptômes ont donc augmenté depuis 11.2019. L'assurée a l'impression de passer son temps à raconter cette histoire, ayant l'impression que sa vie lui a été volée avec l'accident et que cette Dresse lui a pris le reste. Quand elle est retournée la voir pour expliquer, ce n'est jamais la faute de qui que ce soit. Elle ne peut plus dormir sur le dos ni sur le côté gauche. Elle a sollicité le Centre hospitalier

X. _____ +pour évaluer sa mémoire. Elle est aidée par sa sœur qui lui fait à manger, lui met la nourriture en sachet que l'assurée met au congélateur pour réchauffer ensuite. Sa sœur vient aussi 1X/mois, par 6 semaines pour faire un ménage courant. Son frère l'aide pour les commissions lourdes et des activités lourdes. »

Concernant l'impotence, l'évaluatrice a noté ce qui suit :

« **Se vêtir**

[...]

L'assurée se vêtit et se dévêtit seule en se positionnant sur la chaise de la salle de bain, y compris les chaussettes, chaussures. Elle ne peut pas le faire debout.

[...]

Elle choisit et prend ses vêtements seule. Elle évite d'ouvrir son armoire car elle rencontre des difficultés à tirer la porte de l'armoire : douleur, nausée, oreille qui siffle.

Se lever

[...]

L'assurée effectue seule ses changements de position. Elle fait attention de ne pas se lever trop vite, sinon la tête lui tourne.

[...]

Faire sa toilette

[...]

- Se baigner / se doucher

L'assurée se douche de manière autonome, debout dans sa baignoire. Elle fait attention de ne pas pencher la tête vers l'avant. Elle lève les jambes pour se laver les pieds. Elle met donc tout à sa portée avant la douche, pour ne pas avoir à se baisser. Une planche de bain pourrait lui permettre de sécuriser ce moment ainsi que l'usage de moyens auxiliaires à long manche évitant ainsi de se baisser. Elle reste autonome à ce jour.

[...]

Se déplacer

[...]

- à l'extérieur

[...]

L'assurée se déplace seule en voiture, faisant toute manœuvre avec les rétroviseurs pour ne pas tourner la tête. Elle peut aller chez sa sœur à [...] en VS, s'arrêtant 2 à 3X pour faire quelques pas. Elle va chez le médecin avec sa voiture. Elle ne prend pas les transports publics, vomissant lorsque le train ou le bus tourne. Elle peut marcher mais ne fait pas plus de 5 minutes environs (sic), sinon elle

doit rester plusieurs heures couchée ensuite pour récupérer. Elle est donc autonome pour se déplacer. »

A la question de savoir si l'assurée avait régulièrement besoin, en raison de son atteinte à la santé, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, l'évaluatrice a indiqué ce qui suit :

« Aide mentionnée sous la forme d'une impossibilité de faire le ménage, la cuisine, les commissions ce depuis 2009 et la situation ayant empiré depuis 11.2019. Depuis 2011, il est évoqué un effondrement social.

L'assurée ne serait pas institutionnalisée sans accompagnement.

Elle organise ses RDV [rendez-vous] avec ses médecins, son avocat, par téléphone et en direct pour la fois suivante. Si elle ne se sent pas bien, elle appelle son médecin et s'arrange pour un autre RDV. Elle note sur un carnet ses RDV et le regarde régulièrement, ayant des difficultés de mémoire. Elle prend des notes de ce qu'elle doit dire à ses sœurs, ce qu'elle doit demander à son frère pour ne pas oublier. Elle effectue seule ses paiements, à chaque facture. Elle les met dans une enveloppe au fur et à mesure où elle écrit le délai de paiement pour ne pas oublier. Elle va à la poste faire ses paiements. L'assurée utilise peu internet, hormis sur son smartphone mais peine à gérer les informations comme la gestion des cookies, aussi elle préfère faire sans ou avec l'assistance de sa sœur. Elle regarde régulièrement t (sic) sur le site de la ville de [...] la liste des appartements mises à jour. Son appartement n'est pas à son nom, aussi elle ne fait aucune démarche en lien pour éviter les questions : elle rencontre des problèmes d'humidité qu'elle gère en faisant acheter des recharges de déshumidificateur à ses frères et sœurs au besoin. L'assurée fait face à son hygiène, à son alimentation de manière autonome. Elle réchauffe ses repas au four à micro-ondes ou à la casserole, elle fait sa vaisselle à la main ou met dans le lave-vaisselle qu'elle fait tourner seule. Elle se fait des œufs, ouvre des boîtes de conserve. Elle s'assied pour faire certaines tâches afin d'éviter de pencher la tête. Elle a organisé sa cuisine pour avoir les choses utilisées quotidiennement à hauteur et éviter de pencher la tête, y compris les poubelles. Idem à la salle de bain. Elle nettoie ses slips à la main, passe un papier dans le lavabo après usage et met du papier WC avant de faire ses besoins pour éviter d'avoir à nettoyer ensuite. Elle se rend à la pharmacie seule, va acheter du pain ou de petites choses qui lui manquent. Elle se rend seule à ses RDV médicaux et administratifs. »

L'enquêtrice a encore précisé que l'assurée gérait seule sa médication et que des moyens auxiliaires, tels qu'une planche de bain et des ustensiles à long manche pourraient permettre de diminuer l'impotence. Enfin, elle a mentionné ce qui suit sous la rubrique des remarques :

« L'entretien a eu lieu avec l'assurée et Me V._____, avocat stagiaire représentant l'assurée. Elle nous a reçus dans son appartement qu'elle a souhaité faire visiter. Le RDV a été fixé avec l'étude, sur demande de l'assurée qui souhaitait que son avocat soit présent lors de l'évaluation. L'assurée est restée assise durant 1h30 sur son canapé, en soulageant sa nuque après 1h par la mise en place d'un coussin derrière son dos. L'avocat était sur sa gauche et moi sur sa droite et elle a dû tourner la tête de chaque côté tout le long de l'entretien pour nous regarder et discuter. Elle a pu répondre à toutes les questions de manière claire.

L'assurée ne nécessite pas d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie ni n'a besoin de soins permanents ou de surveillance. L'assurée aimerait pouvoir bénéficier d'une aide au ménage 1X/semaine pour l'aider, autre que sa sœur. C'est pourquoi elle fait une demande d'API. Les conditions de l'accompagnement ne sont pas remplies.

Le rapport médical du Dr B._____ du 08.07.2020 valide cela également. Dans son rapport du 16.06.2020, le Dr M._____ indique un besoin d'aide pour les actes se lever, manger et se déplacer ainsi que pour l'accompagnement. Selon l'avis SMR du 19.03.2019, « le tableau symptomatique que présente l'assurée correspond à un trouble douloureux somatoforme qui ne s'est objectivement pas modifié depuis 2011, qui n'est pas accompagné d'une psychopathologie incapacitante et qui n'a pas conduit à un épuisement des ressources adaptatives de l'assurée ». Selon le courrier du 26.06.2020, la situation médicale ne s'est objectivement pas modifiée de façon significative depuis le 5 décembre 2011, date de la précédente décision de refus des prestations.

Elle recourt à sa sœur qui lui prépare des repas, les conditionne pour que l'assurée les mette dans le congélateur. Elle lui fait un ménage courant 1X/mois environ ainsi que des lessives. Son frère et sa sœur l'accompagnent en commissions et lui portant les choses lourdes que l'assurée ne peut pas porter. Selon l'expertise médical (sic) (GED du 22.01.2019), aucune limitation fonctionnelle ne permet de justifier ce besoin d'aide dans l'accomplissement des actes ménagers ni le besoin d'accompagnement. »

Par projet de décision du 12 octobre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible, aux motifs qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie n'était pas nécessaire et que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'était pas prouvé.

Par courrier du 13 novembre 2020, complété le 17 décembre 2020, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. Elle a élevé un certain nombre de griefs à l'encontre du rapport d'évaluation du 8 octobre

2020 et a demandé que le SMR se prononce au sujet de ce rapport afin de pouvoir compléter ses objections.

Dans un avis du 28 janvier 2021, le service juridique de l'OAI a estimé que le dossier était suffisamment instruit pour pouvoir se prononcer sur l'API, dès lors que le rapport d'expertise du 22 janvier 2019 dont la Cour de céans avait reconnu pleine valeur probante permettait de répondre aux objections de l'assurée qui contestait les diagnostics retenus et les conclusions de l'évaluatrice. Il a toutefois proposé de demander l'avis du SMR s'agissant du rapport du Centre hospitalier X. _____ du 24 mars 2020, postérieur au rapport d'expertise, produit par l'assurée.

Par avis du 2 février 2021, le Dr Z. _____ du SMR a estimé que le rapport précité n'apportait pas de faits nouveaux objectifs, dès lors qu'il était fait état de céphalées d'origine mixte avec composantes migraineuses chroniques et que ce diagnostic avait été pris en compte dans le rapport d'expertise du 22 janvier 2019, sans que des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes eussent été retenues. Par ailleurs, l'ensemble des éléments médicaux à disposition ainsi que les conclusions de l'expertise avaient été pris en compte dans le rapport d'évaluation du 8 octobre 2020.

Dans un courrier du 25 février 2021 à l'OAI, l'assurée a mentionné que le Dr Z. _____ ne s'était nullement prononcé sur l'aggravation de son état de santé survenue lors de l'infiltration du 15 novembre 2019 qui justifiait encore plus la demande d'allocation pour impotent déposée et que le rapport d'expertise du 22 janvier 2019 ne tenait pas compte de cette intervention dès lors qu'il avait été établi avant.

Le 26 février 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une aggravation des symptômes à la suite de l'infiltration réalisée le 15 novembre 2019.

Par avis SMR du 22 mars 2021, le Dr Z._____ a relevé que les éléments invoqués par la recourante avaient été pris en compte lors de l'évaluation de l'impotence.

Par décision du 30 mars 2021, confirmant le projet du 12 octobre 2020, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible. La motivation, envoyée par courrier séparé daté du même jour, reposait sur le rapport d'évaluation du 8 octobre 2020, dont la conclusion était que l'assurée, autonome, ne nécessitait pas d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ni de soins permanents, ni de surveillance personnelle permanente et qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas non plus nécessaire.

B. Par acte du 27 avril 2021, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la CASSO, en concluant principalement à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible au moins et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle fait en substance valoir que contrairement à ce qu'a retenu l'évaluatrice, elle n'est pas autonome dans la vie de tous les jours. Selon elle, l'état d'insalubrité de son appartement et son incapacité à accomplir des actes anodins impliquant une flexion de la nuque, comme utiliser le lave-vaisselle ou ranger son lit, démontreraient la nécessité d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Dans sa réponse du 25 mai 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, en considérant que le rapport du 8 octobre 2020 de l'évaluatrice, faisant suite à une visite au domicile de la recourante, était convaincant, tout en précisant que celui-ci se fondait sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire des médecins de T._____SA du 22 janvier 2019, auquel la Cour de céans avait reconnu une pleine valeur probante dans son arrêt du 21 janvier 2021. Il a également renvoyé à l'avis du SMR du 22 mars 2021.

A la demande de la recourante, la juge instructrice, par décision du 3 juin 2021, a accordé à cette dernière le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 avril 2021, sous forme de l'exonération des frais de justice et de la désignation d'un défenseur d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Répliquant le 17 juin 2021, la recourante a invoqué une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'enquêtrice n'avait tenu compte de ses explications que dans une moindre mesure et avait retranscrit ses observations sur ses notes personnelles sans laisser la possibilité à la recourante de consulter celles-ci, et à plus forte raison sans lui laisser la possibilité de donner son accord en apposant sa signature sur le document. Elle a fait à nouveau valoir que l'état d'insalubrité de son appartement démontrait la nécessité d'une aide afin de faire face aux nécessités de la vie de tous les jours. Enfin, elle a soutenu que le rapport d'expertise du 22 janvier 2019 n'avait pas valeur probante, dès lors qu'il ne tenait pas compte de l'infiltration réalisée le 15 novembre 2019 qui avait eu pour conséquence d'augmenter ses crises de céphalées à raison de trois ou quatre fois par semaine, associées à des nausées et à des vomissements.

Par duplique du 28 juin 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions, tout en relevant que le rapport d'enquête du 8 octobre 2020 avait valeur probante, dès lors qu'il avait été établi conformément aux conditions posées par la jurisprudence.

Dans le cadre de déterminations du 15 juillet 2021, la recourante a produit un rapport du 30 juin 2021 du Dr B._____, dans lequel ce médecin indiquait que sa patiente nécessitait une aide au ménage, en raison de ses douleurs chroniques, en particulier, de ses céphalées déclenchées lors de mouvements de nuque, ainsi que pour éviter le port de charges de plus de 3 kg. Il précisait que la patiente demandait l'aide de sa sœur pour faire le ménage, son lit et les courses. La recourante a également produit un rapport du 13 juillet 2021 du Dr M._____ et de la psychologue D._____, répondant aux questions

qu'elle leur a posées, aux termes duquel ils retenaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8). Un ralentissement psychomoteur était constaté. Les spécialistes précités mentionnaient également que la recourante avait besoin de l'aide de sa sœur cadette pour faire le ménage et les repas.

L'intimé, en se fondant sur un avis SMR du 2 août 2021, s'est déterminé le 3 août 2021, en considérant que les pièces médicales produites par la recourante ne remettaient pas en question sa position tendant au rejet du recours.

Par écriture du 30 août 2021, la recourante a produit un nouveau rapport du 26 août 2021 du Dr M. _____ et de la psychologue D. _____, dans lequel ceux-ci constataient un fort affaiblissement cognitif ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, tout en reprenant les éléments figurant dans leur précédent rapport.

Le 21 septembre 2021, l'intimé a précisé que les arguments développés par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision et a, par conséquent, déclaré maintenir sa position.

Le 4 novembre 2021, Me Duc a produit sa liste des opérations.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent.

3. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

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 (al. 3, 1^{ère} phrase).

b/aa) 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 (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou (c) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins

deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI). Enfin, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment : (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ; (b) d'une surveillance personnelle permanente; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

bb) 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).

cc) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles

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

Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI).

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

c/aa) 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).

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

bb) L'accompagnement doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière indépendante. Le fait que certaines activités soient effectuées plus lentement ou ne le soient qu'avec peine ou qu'à certains moments ne signifie pas que l'assuré, sans l'aide nécessaire pour ces tâches, devrait être placé en home; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 8040 CIIAI).

cc) Si l'assuré nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie, la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (TF 9C_691/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.2).

dd) 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).

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

b) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références).

c) L'aide exigible de tiers dans la cadre de la réorganisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou

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

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 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

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

c) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer

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

6. En l'espèce, la recourante estime avoir droit à une allocation pour impotent de degré faible au moins, dès lors qu'elle ne serait pas en mesure d'effectuer seule des actes ordinaires de la vie. Dans la demande d'API du 12 mars 2020, elle a sollicité en particulier une aide au ménage, à la cuisine et pour faire ses courses, tout en indiquant qu'elle avait également besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le Dr M. _____ a mentionné plus précisément que sa patiente avait besoin d'une aide régulière et importante d'un tiers pour les actes suivants : se lever/s'asseoir/se coucher, manger, se déplacer/entretenir des contacts sociaux. Par ailleurs, l'intéressée avait également besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de 2 heures par semaine (cf. rapport du 15 juin 2020). Le Dr B. _____, médecin traitant de l'assurée, a, pour sa part, indiqué qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de 2 heures par semaine était nécessaire, tout en précisant que ce besoin était surévalué dans la mesure où le besoin d'aide au ménage était de 2 heures par mois. Il n'a donc pas retenu la nécessité, pour sa patiente, d'une aide permanente et importante pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La recourante a élevé un certain nombre de griefs à l'encontre du rapport d'évaluation du 8 octobre 2020. Elle reproche en substance à l'évaluatrice d'avoir arbitrairement conclu à son autonomie dans la vie de

tous les jours. Elle avance comme arguments que l'état d'insalubrité (sol de la cuisine particulièrement sale) de son appartement et son incapacité à accomplir des actes anodins comme l'utilisation d'un lave-vaisselle ou faire son lit, activités qui impliquent une flexion de la nuque, sont des éléments qui démontreraient la nécessité d'aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Or l'évaluatrice n'a pas constaté de tels faits. Elle a tout au plus relevé qu'il y avait des problèmes d'humidité que la recourante gérait en faisant acheter des recharges de déshumidificateur à ses frères et sœurs. L'évaluatrice a précisé que le ménage était effectué une fois par mois par sa sœur. S'agissant de l'acte de se lever, de s'asseoir et de se coucher, l'évaluatrice a constaté que la recourante effectuait seule les changements de position. Pour ce qui était de manger, elle pouvait se nourrir seule. Elle était en mesure de réchauffer ses repas au four à micro-ondes ou à la casserole, de faire la vaisselle à la main ou d'utiliser la machine et avait organisé la cuisine, de sorte qu'elle ait à disposition les ustensiles utilisés quotidiennement et ainsi éviter de pencher la tête. Concernant les courses, elle se rendait à la pharmacie seule, allait acheter du pain ou faire quelques commissions et sollicitait l'aide de son frère pour les achats plus importants. La recourante était en mesure de se déplacer seule en voiture pour se rendre chez le médecin ou chez sa sœur, si bien qu'elle était autonome pour se déplacer. L'évaluatrice en a conclu que la recourante n'avait pas besoin d'une aide permanente et importante pour effectuer les actes ordinaires de la vie, ni d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Au stade de la réplique, la recourante a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où l'enquêtrice n'aurait tenu compte de ses explications que dans une moindre mesure et aurait retranscrit ses observations sur ses notes personnelles sans lui laisser la possibilité de consulter celles-ci et, à plus forte raison, de donner son accord en apposant sa signature sur le document. Ce grief, qui reste très général, ne saurait être retenu. En effet, l'évaluatrice a procédé à l'établissement de son rapport selon la pratique usuelle. La recourante a eu par ailleurs connaissance du rapport en question dans le cadre de la procédure de contestation. En outre, celle-ci ne remet à juste titre pas en

cause que le rapport d'évaluation a été élaboré par une personne qualifiée, qui avait connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que de ses empêchements ; l'évaluatrice a tenu compte de ses plaintes, et a consigné dans son rapport ses observations. Le rapport est motivé, rédigé de manière détaillée, et correspond aux indications relevées sur place. Il comprend bien une évaluation de l'impotence, et constitue dès lors une base fiable de décision, qui ne saurait être remise en question par les seules allégations de la recourante, non étayées, quant à l'état d'insalubrité de son appartement et à la non-utilisation du lave-vaisselle.

Le rapport d'évaluation se fonde en outre sur un rapport d'expertise médicale dont la valeur probante a été reconnue par la Cour de céans (cf. arrêt AI 340/19 - 18/2021 du 21 janvier 2021), aux termes duquel les spécialistes ont constaté que la recourante ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette appréciation.

C'est également à bon droit que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'a pas été reconnu. En effet, même si la recourante indique être limitée dans les mouvements impliquant une flexion de la nuque ou le port de charges, ce qui n'a toutefois pas été retenu comme limitations fonctionnelles incapacitantes par les médecins de T. _____ SA, elle organise elle-même ses rendez-vous médicaux ou avec son avocat. Elle effectue seule les paiements de chaque mois, en allant à La Poste. Elle est en mesure d'aller sur Internet, fait face à son hygiène et s'alimente de manière autonome. Elle gère seule sa médication. Pour le surplus, la recourante peut conduire sa voiture jusque chez sa sœur à [...]. Elle assume par ailleurs occasionnellement les courses. Enfin, il n'y a pas d'isolement durable du monde extérieur, dès lors que l'assurée peut compter sur les membres de sa famille (sœurs et frère).

On relèvera encore que l'évaluation de la situation de la recourante à son domicile a eu lieu en octobre 2020 et qu'elle est donc postérieure à l'infiltration de novembre 2019, qui aurait prétendument

aggravé son état de santé et ses limitations fonctionnelles. L'évaluatrice ne s'est ainsi pas uniquement fondée sur l'appréciation médicale ressortant du rapport d'expertise de T. _____ SA du 21 janvier 2019, mais également sur la situation concrète au moment de l'évaluation, si bien que l'argument selon lequel il n'aurait pas été tenu compte de cet élément doit être écarté.

Dans ces conditions, l'OAI était fondé, sur la base du rapport probant de l'enquêtrice, corroboré par l'expertise, probante, de T. _____ SA, à retenir que la recourante ne nécessite, d'une part, pas d'assistance pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, singulièrement les actes « se lever/s'asseoir/se coucher, manger, se déplacer/entretenir des contacts sociaux », ni, d'autre part, d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI. Elle ne remplit ainsi en définitive aucune des situations prévues à l'art. 37 RAI pour se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent.

7. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 4 novembre 2021 et compte tenu de l'importance et de la

complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'527 fr. 45 fr. (2'235 fr. + 111 fr. 75 + 180 fr. 70), débours (111 fr. 75 [2'235 fr. x 5%]) et TVA (180 fr. 70 [2'346 fr. 75 x 7.7%]) compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents), mis à la charge de S._____, sont provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de S._____, est arrêtée à 2'527 fr. 45 (deux mille cinq cent vingt-sept francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- 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 :