

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 août 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Durussel et Mme Livet, juges
Greffier : M. Heufemann Aviles

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

O._____, à Vevey, intimé.

Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 RAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, divorcée et mère de trois enfants, au bénéfice d'un permis C, travaillait à un taux de 100 % aux [...] comme ouvrière jusqu'à son licenciement en automne 2017 dans le cadre d'une restructuration de l'entreprise.

Le 19 octobre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a alors indiqué souffrir de problèmes cardiaques, de tension et de diabète et présenter une incapacité de travail totale depuis le 15 décembre 2017, date à laquelle elle avait subi une intervention chirurgicale à la main droite (exérèse d'un anévrisme de l'artère radiale droite).

Dans un rapport du 14 janvier 2019 destiné à l'OAI, le Dr J. _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - d'infarctus du myocarde sur dissection de l'artère interventriculaire antérieure distale (depuis juin 2015) et de chirurgie par pontage radio-radial pour cure d'anévrisme de l'artère radiale (depuis le 15 décembre 2017) et fait état des limitations fonctionnelles suivantes : « *port de charges lourdes, supérieures à 10 kg ; prono-supination difficile, ainsi que l'utilisation de la main dans les mouvements de préhension, de tirage ou pousser. Station debout prolongée pénible* ». La capacité de travail était nulle depuis le 14 décembre 2017 dans toute activité, au motif que l'assurée, sans formation professionnelle, devait travailler manuellement, ce qu'elle ne pouvait actuellement pas faire, tout en précisant qu'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail à une date indéterminée.

Dans un avis du 7 avril 2020, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'une atteinte post-opératoire de la main droite avait certainement justifié une incapacité de travail transitoire, tout en relevant que l'évolution était favorable ; si des

limitations fonctionnelles pouvaient éventuellement être retenues, elles ne contre-indiquaient pas la pratique d'une activité adaptée à plein temps. D'un point de vue vasculaire et cardiaque, il n'y avait pas lieu de retenir une diminution de la capacité de travail.

Dans un rapport du 17 avril 2020 à l'attention de l'OAI, le Dr J._____ a fait état d'une amélioration légère au niveau de l'utilisation de la main droite ainsi qu'au niveau des algies diffuses cervico-brachiales, mais avec une persistance de troubles fonctionnels douloureux lors de l'utilisation de la pince pouce-index. Était joint un rapport du 20 février 2020 du Dr R._____, chef de clinique adjoint du Service d'angiologie du Département cœur-vasseaux du K._____ (ci-après : le K._____), lequel mentionnait la persistance de douleurs de sémiologie d'allure neurogène pour lesquelles la consultation d'un neurologue était suggérée.

Dans un avis du 15 mai 2020, le SMR a conclu qu'il était encore trop tôt, au vu des éléments à disposition, pour statuer en toute connaissance de cause sur les limitations fonctionnelles durables et sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a proposé de réinterroger le médecin traitant de l'assurée à compter du mois de septembre 2020 et de demander à l'assurée le nom des spécialistes (rhumatologie, chirurgie de la main et/ou neurologie) en charge de son suivi afin qu'ils puissent être interrogés.

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2020, le Dr J._____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'amélioration clinique avec des douleurs dans l'avant-bras droit, le coude droit et l'épaule droite et des sensations de main bloquée surtout au niveau des doigts. Il a précisé que sa patiente était actuellement très gênée pour accomplir les actes de la vie quotidienne par ses douleurs et par une sensation de perte de force musculaire. Elle était notamment limitée dans le port de charges lourdes ou légères (prendre un verre plein, une assiette, passer l'aspirateur, faire le ménage, porter ses courses, etc.), ne pouvait pas travailler les bras en l'air ou tendus et lâchait fréquemment des objets.

Dans un rapport du 19 janvier 2021, la Prof. X._____, et le Dr T._____, respectivement cheffe de service et médecin assistant au Service d'angiologie du Département cœur-vasseaux du K._____, ont fait état d'une stabilité du geste d'excision/reconstruction de l'anévrisme spontané de l'artère radiale droite (dans le cadre d'une suspicion de syndrome de tortuosité artérielle sans anomalie génétique connue retrouvée), ainsi que d'une persistance de douleurs de sémiologie d'allure neurogène pour lesquelles l'assurée avait mentionné une thérapie de Lyrica à venir.

Pour faire suite à une demande de renseignements de la part de l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a indiqué n'avoir vu l'assurée qu'à une seule reprise le 10 novembre 2020. Il avait alors retenu que les douleurs ressenties par l'assurée semblaient en partie liées à l'atteinte sensitive du nerf radial et avait proposé de prescrire du Pregabalin.

Dans un rapport du 7 juillet 2021, le Dr L._____, spécialiste en neurologie, a écrit ce qui suit :

RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

Il s'agit donc d'une patiente se plaignant de douleurs et de troubles sensitifs dans le territoire de la branche sensitive superficielle du nerf radial droit, se compliquant de douleurs pouvant irradier jusqu'au niveau de l'épaule.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué ne met pas en évidence d'éléments actuellement significatifs en direction d'une atteinte de type algoneurodystrophie. Par contre, on retrouve un apparent signe de Tinel sur la branche sensitive superficielle du nerf radial droit au poignet et des troubles sensitifs dépassant néanmoins cette branche pour intéresser également le territoire du nerf médian. A cela s'ajoute des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire du membre supérieur droit.

Les éléments susmentionnés évoquent un tableau de probable atteinte post-opératoire de la branche superficielle du nerf radial droit à la main se compliquant d'éléments évocateurs d'un syndrome somatoforme douloureux.

J'ai répété l'ENMG. Cet examen montre actuellement une réponse de la branche sensitive du nerf radial à la stimulation au pouce, quoique légèrement microvoltée et avec une vitesse de conduction modérément ralentie, compatible avec un tableau séquellaire après

atteinte de cette branche sensitive. Il n'y a par contre pas d'éléments en direction d'une atteinte du nerf médian et du nerf ulnaire.

En conclusion, je pense que Mme Q. _____ présente actuellement un tableau de discrète atteinte séquellaire de la branche sensitive du nerf radial droit à la main se compliquant de troubles algiques et sensitivo-moteurs, sans substrat somatique, rentrant vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux dans le contexte global. Dans le diagnostic différentiel, on doit évoquer un éventuel névrome.

Sur le plan thérapeutique, je pense qu'il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours auquel on devrait associer des séances d'ergothérapie. Si cela n'a pas été fait jusqu'ici, Mme Q. _____ pourrait être présentée au Service de chirurgie plastique et reconstructive de la main pour avis diagnostique et thérapeutique. Si nécessaire, elle pourrait également être prise en charge par la Consultation d'antalgie du K. _____.

Enfin, sur le plan asséculoologique, rien ne s'oppose à ce que Mme Q. _____ reprenne une activité professionnelle adaptée. Dans le contexte, compte tenu qu'il s'agit d'une patiente droitrière, il s'agirait d'une activité ne nécessitant pas l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur droit. Une activité adaptée devrait en principe pouvoir être effectuée avec une pleine capacité de travail (plein temps avec un rendement de 100%). Toutefois, compte tenu du contexte global et des difficultés de Mme Q. _____ à se re-projeter dans une activité professionnelle lucrative, il conviendrait que l'Office AI vaudois prenne en charge des mesures d'observation et de réadaptation afin d'éviter l'évolution plus définitive vers un tableau d'invalidation qui semble fortement engagé.

Dans un avis du 3 septembre 2021, le SMR a retenu en substance que l'assurée présentait depuis le mois de juillet 2018 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité ne nécessitant pas l'utilisation de force et répétitive de la main droite.

Par décision du 18 octobre 2021, confirmant un projet de décision du 7 septembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. Par arrêt du 26 février 2024 (cause AI 418/21 - 68/2024), la Cour des assurances sociales du Tribunal du canton de Vaud a admis le recours interjeté le 11 novembre 2021, annulé la décision rendue le 18 octobre 2021 par l'OAI et renvoyé la cause pour complément d'instruction

au sens des considérants et nouvelle décision. La Cour a notamment retenu les éléments suivants :

6.

[...]

a) [...]

Il découle ainsi du rapport du Dr L. _____ l'existence possible d'un syndrome somatoforme douloureux ou d'un éventuel névrome. Toutefois, cette question n'a pas été instruite à satisfaction par l'intimé. En effet, le SMR, dans son avis du 3 septembre 2021, s'est focalisé sur le constat d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en se contentant d'indiquer que de l'avis du Dr L. _____, le diagnostic différentiel avec un éventuel névrome et un syndrome somatoforme douloureux restaient d'actualité. Or, il revenait au SMR d'investiguer la question de ce syndrome auprès d'un psychiatre afin de déterminer si et dans quelle mesure une atteinte à la santé psychiatrique avait une influence sur la capacité de travail de la recourante. A cet égard, on relèvera qu'une tendance dépressive avait déjà été évoquée dans le rapport initial du 11 octobre 2018. Quant à l'existence d'un éventuel névrome, la question méritait d'être éclaircie auprès d'un spécialiste, ce qui n'a en l'occurrence pas été fait, tout comme l'examen des propositions thérapeutiques du Dr L. _____, à savoir notamment la présentation de la recourante au Service de chirurgie plastique et reconstructive de la main ou à la consultation d'antalgie du K. _____.

b) On relèvera en outre que le Dr F. _____ a retenu le mois de juillet 2018 comme début de l'aptitude à la réadaptation en se basant sur l'examen d'aptitude du Dr M. _____. L'OAI a dès lors considéré que la recourante présentait une capacité de travail entière depuis juillet 2018 dans une activité adaptée. Or, il faut constater qu'en juillet 2018 le Dr M. _____ a indiqué que l'incapacité de travail était seulement de 50%. De son côté, le Dr L. _____ ne s'est pas prononcé sur le passé en se contentant d'indiquer, en juillet 2021, que rien ne s'opposait à ce que la recourante reprenne une activité professionnelle adaptée. Dès lors, on ignore si et depuis quand la recourante était en incapacité de travail, le Dr J. _____ ayant quant à lui toujours indiqué une totale incapacité de travail depuis le 15 décembre 2017 dans ses différents rapports sans être toutefois réinterrogé sur la situation de la recourante depuis 2021, son dernier rapport du 5 mai 2023 produit à l'appui des déterminations spontanées du 9 février 2024, s'il peut être pris en compte du moment qu'il se rapporte à la situation prévalant au moment de la décision de l'OAI (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2), ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante tout comme le rapport du 17 mai 2023 du Dr B. _____. Enfin, on notera que le Dr F. _____ avait indiqué, dans son avis du 7 avril 2020, qu'une atteinte post-opératoire de la main droite avait certainement justifié une incapacité de travail transitoire sans pour autant investiguer cette question.

c) Au vu de ce qui précède, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et probante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer si la recourante présente des atteintes à la santé susceptibles d'influencer sa capacité de travail, notamment une atteinte psychiatrique, voire l'existence d'un éventuel névrome. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OIA - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé d'actualiser le dossier médical de la recourante auprès des différents médecins en charge de son suivi, puis de mettre en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet chirurgical, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

C. Dans l'intervalle, soit le 11 novembre 2021, Q._____ avait déposé une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité, faisant valoir qu'elle avait besoin d'un accompagnement constant pour faire face aux nécessités de la vie.

Des renseignements médicaux ont été requis auprès du Dr J._____. Dans son rapport du 29 novembre 2021, celui-ci a indiqué que l'assurée nécessitait, en raison des limitations dans l'utilisation de son bras droit, une aide régulière et importante pour accomplir les actes « *se vêtir/se dévêtir* » et « *manger* », tout en précisant qu'elle n'avait pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le 10 décembre 2021, l'assurée a répondu à un questionnaire complémentaire de l'OAI, dans lequel elle a indiqué n'avoir pas besoin d'aide importante, régulière et quotidienne dans les actes ordinaires de la vie quotidienne.

L'OAI a diligenté une évaluation de l'impotence à domicile. Le rapport établi le 25 mai 2022 se termine de la manière suivante :

A ce jour, nous ne retenons donc pas de besoin d'aide dans des AOV, ni d'accompagnement, ni de soins permanents. De plus, dans le formulaire de demande d'allocation pour impotence du 11.2021 et le formulaire de demande de renseignements du 15.12.2021, aucun besoin d'aide n'était mentionné dans les AOV, ni les soins, ni la

surveillance, ce qui appuie notre analyse. Concernant l'accompagnement, les conditions ne sont pas remplies.

Dans un projet de décision du 22 juin 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'elle entendait rejeter sa demande d'allocation pour impotent, au motif que les conditions pour son octroi n'étaient pas remplies.

Par l'intermédiaire de son représentant, Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Dans ce contexte, elle a notamment produit un rapport du Dr J. _____ du 12 août 2022, dans lequel ce dernier précisait que sa patiente souffrait au quotidien de douleurs permanentes au niveau du poignet, coude, épaule et cervicales droits, ce qui la perturbait dans sa vie quotidienne, dans la mesure où elle nécessitait une aide permanente de la part de sa famille pour des actes même minimes (ménage, préparation des repas, douche, aide à l'habillement).

Par décision du 17 février 2023, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assuré.

D. Par acte du 24 mars 2023, Q. _____, toujours représentée par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision rendue le 17 février 2023 par l'OAI à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1^{er} novembre 2021, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, elle estimait que le rapport d'évaluation de l'impotence ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante en raison des nombreuses lacunes que celui-ci contenait, notamment en ce qui concernait l'aide que pouvait apporter les membres de la famille au regard de leur situation personnelle et de leur emploi du temps. Il ressortait par ailleurs clairement des différents rapports médicaux versés au dossier qu'elle avait besoin d'aide pour la plupart des actes ordinaires de la vie quotidienne et qu'elle n'était pas en mesure de se déplacer seule à l'extérieur en raison d'un risque de chute

très important, d'accomplir ses tâches ménagères et de gérer ses affaires administratives.

Dans sa réponse du 15 mai 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, renvoyant pour le surplus aux prises de position du SMR et à l'analyse de son enquêtrice.

A l'appui de sa réplique du 6 juin 2023, Q._____ a produit plusieurs rapports médicaux destinés à appuyer le bien-fondé de ses conclusions (rapports du 4 mai 2023 de I._____, physiothérapeute ; du 5 mai 2023 du Dr J._____ ; du 17 mai 2023 du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie).

Dans sa duplique du 27 juin 2023, l'OAI a, sur la base d'un avis du SMR du 19 juin 2023, estimé que les différentes pièces remises par l'assurée ne permettaient pas de s'écarter des conclusions de l'évaluation de l'impuissance réalisée à domicile.

Q._____ s'est encore déterminée spontanément le 14 juillet 2023.

Par ordonnance du 20 décembre 2024, le nouveau juge instructeur en charge du dossier a suspendu la procédure jusqu'à droit connu sur le sort de la demande de prestations déposée par l'assurée le 19 octobre 2018.

Par courrier du 20 mai 2025, Q._____ a informé la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal que l'OAI entendait lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2019 (projet de décision du 13 mai 2025). Elle a par l'occasion confirmé intégralement les conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 24 mars 2023.

Par ordonnance du 26 mai 2025, le juge instructeur en charge du dossier a informé les parties que l'instruction de la cause était reprise et leur a imparti un délai pour déposer leurs observations et informer la

Cour de la suite qu'elles entendaient donner à la procédure en matière d'allocation pour impotent.

Dans ses déterminations du 19 juin 2025, l'OAI a proposé le renvoi de la cause pour mise en place d'une nouvelle évaluation de l'impotence. Il a produit un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 19 mars 2025 établi par H._____, un avis SMR du 19 mars 2025 relatif à ladite expertise, ainsi qu'un avis SMR du 13 juin 2025 relatif à la suite à donner à la procédure en matière d'allocation pour impotent.

Dans ses déterminations du 4 juillet 2023, Q._____ a pris acte de la proposition de l'OAI, à laquelle elle a acquiescé.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable

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

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 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; 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 (al. 3).

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.

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).

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).

b) 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).

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).

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) La notion de surveillance personnelle permanente au sens de l'art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI ne se rapporte pas aux actes

ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré sur le plan physique, psychique ou mental. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales, ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions. Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La surveillance personnelle permanente doit en outre être nécessaire pendant une période prolongée ; s'il n'est pas nécessaire que le besoin de surveillance existe 24 heures sur 24, en revanche, il ne doit pas s'agir d'une surveillance passagère, occasionnée, par exemple, par une maladie intercurrente. La condition de la régularité est donnée lorsque l'assuré nécessite une surveillance personnelle permanente ou pourrait en nécessiter une chaque jour ; il en est ainsi, par exemple, lors de crises susceptibles de ne se produire que tous les deux ou trois jours, mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ATF 107 V 136 consid. 1b ; 106 V 153 consid. 2a ; TF 9C_831/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.1 et les références).

d) Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des

contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

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

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité 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). Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par-là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir des contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

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).

4. 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 (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).

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, ce qui ne signifie toutefois pas que l'enquêteur devrait être lui-même médecin ou ergothérapeute (TF 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.2.2). 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 140 V 453 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

d) Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête au domicile de l'assuré est un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'assuré rencontre en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur et l'impact de l'atteinte psychique (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2).

5. a) En l'occurrence, l'expertise pluridisciplinaire établie par H._____ fait apparaître la situation médicale de la recourante sous un nouveau jour, dès lors qu'il est désormais admis que cette dernière présente des atteintes à la santé – somatiques et psychiques – qui influent sur sa capacité de travail. Dans la mesure où les conclusions de l'enquête à domicile réalisée le 19 mai 2022 reposaient, pour partie, sur des constatations médicales qui ont partiellement été invalidées par le centre d'expertise précité, il y a lieu de dénier toute valeur probante à ce document. Cela étant, il n'est, en l'état, pas possible de statuer sur le droit à une allocation pour impotent sur la base des autres éléments au dossier. Dans le cadre de son expertise, H._____ a souligné qu'il y avait une limitation des activités quotidiennes, avec une nécessité d'aide pour la réalisation de certains actes d'hygiène corporelle personnelle (p. 5) ; il a indiqué que les ressources internes étaient quasi inexistantes et que les ressources externes étaient constituées par son entourage familial (p. 6) ; il a néanmoins également relevé que la recourante, si elle était pour l'essentiel passive à domicile et déléguait le quotidien à sa fille, demeurerait capable de s'occuper de ses petits-enfants et de voyager (p. 4). Il semble par conséquent que la recourante soit encore en mesure d'affronter et de gérer certaines tâches de la vie quotidienne, dans une mesure toutefois indéterminée. Dans ces conditions, il apparaît indispensable de renvoyer le dossier à l'office intimé afin qu'il procède à une nouvelle évaluation de

l'impotence de la recourante ainsi que des besoins spécifiques de cette dernière. Il incombera ensuite à l'office intimé de rendre une nouvelle décision en matière d'allocation pour impotent à l'égard de l'intéressée.

b) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a plus lieu d'analyser dans le détail les divers griefs invoqués par la recourante dans son acte de recours du 24 mars 2023.

7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision.

b) 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 l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) La 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 l'office intimé.

d) Par décision du 12 avril 2023 de la juge instructrice alors en charge du dossier, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office, étant précisé qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des opérations effectuées par Me Caroline Stucki, avocate-stagiaire, avant le 22 mai 2023, date de son assermentation. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 17 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée audit office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et 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 Q. _____ 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 (pour Q. _____),
- 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 :