

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 251 vom 23. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__251

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 251 du 23 mai 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 251 del 23 maggio 2018

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, CONTRIBUTION
D'ASSISTANCE, REJET DE LA DEMANDE | 42quater LAI, 42quinquies LAI, 42sexies
LAI, 39c RAI, 39f RAI, 39g RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.05.2018 Arrêt / 2018 / 251

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, CONTRIBUTION
D'ASSISTANCE, REJET DE LA DEMANDE | 42quater LAI, 42quinquies LAI, 42sexies
LAI, 39c RAI, 39f RAI, 39g RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 181/17 - 154/2018 ZD17.024251 COUR DES
ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 23 mai 2018 _____ Composition : Mme Berberat , présidente
Mme Brélaz Braillard, juge et M. Berthoud, assesseur Greffière : Mme Chapuisat
***** Cause pendante entre : G. _____ , à [...], recourante, représentée par Me
Jean-Christophe Oberson, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le
canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 42 quater , 42 quinquies et 42
sexies LAI ; art. 39c, 39e, 39f et 39g RAI E n f a i t : A. a) G. _____ (ci-après :
l'assurée ou la recourante), née en 1969, de nationalité [...], mariée et mère de quatre
enfants nés en 1999, 2001, 2006 et 2009, est arrivée en Suisse en 1999 et n'a depuis lors
exercé aucune activité lucrative. Le 6 mai 2014, l'assurée a déposé une demande de
prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour
le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité
en raison d'un AVC (accident vasculaire cérébral) survenu le 14 octobre 2013, ayant
entraîné une hémiplégié du côté droit et l'impossibilité pour l'assurée d'utiliser sa main
droite. Le 9 mai 2014, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations en
vue d'obtenir une allocation pour impotent de l'AI (ci-après : API), assistée de
W. _____, ergothérapeute du Centre médico-social (ci-après : CMS). Il était précisé que
l'intéressée avait besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir et plus particulièrement pour tous
les actes qui nécessitaient les deux mains (soutien-gorge, chaussures à lacets, vêtements
avec boutons, crochets et fermeture-éclair), pour l'acte de manger, étant précisé qu'elle était
autonome si les aliments étaient coupés et le repas préparé, pour l'acte de se coiffer et se
baigner/se doucher, sous forme d'une aide pour attacher ses cheveux longs, pour le transfert
dans la baignoire et d'une surveillance lors de la toilette intime, pour l'acte d'aller aux
toilettes et plus précisément pour mettre en ordre les habits avant et après, sauf si elle était
vêtue d'un training ou d'un pyjama, d'aide pour se déplacer à l'extérieur, précisant qu'elle
devait être accompagnée en raison du risque de chute, de douleurs aux genou droit, d'un
manque d'endurance et de fatigue, et que la surveillance d'un proche était nécessaire dans

les escaliers. Il était en outre indiqué que l'assurée avait besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie, que des prestations d'aide étaient nécessaires pour lui permettre de vivre chez elle sous la forme d'aide pour les soins, pour les repas, pour les déplacements à l'extérieur, pour les tâches ménagères et pour l'éducation des enfants. De même un accompagnement était nécessaire pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile, pour l'accompagner dans les déplacements et parce qu'elle ne parle pas le français. Enfin, la présence régulière d'un tiers était nécessaire pour éviter l'isolement durable du monde extérieur car elle ne pouvait pas sortir seule et ne parlait pas le français. Par une communication du 11 septembre 2014, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il lui octroyait une planche de bain à titre de moyen auxiliaire. Dans un rapport du 10 novembre 2014, le Dr P. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu comme atteinte principale à la santé un status post AVC sylvien gauche ischémique, dont il découle une incapacité de travail entière et durable dans toute activité depuis le 14 octobre 2013. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a indiqué : « troubles cognitifs probables, troubles attentionnels, ralentissement psychomoteur, fatigue intellectuelle et physique ; inapte port de charges, déplacement, conduite tout véhicule ; plégie du MS D [membre supérieur droit], syndrome sensitivo-moteur résiduel D ; nécessité de moyens auxiliaires ». Le Dr P. _____ a en outre écrit ce qui suit : « 1 ère demande. Assurée de 44 ans, originaire du [...], en Suisse depuis 91-92 mariée + 4 enfants, sans formation, qui exerçait à 100% dernièrement comme ménagère – femme au foyer ; elle est sans activité depuis son arrivée en Suisse, et au bénéfice du social. Elle était en arrêt depuis le 14.10.13 suite à un Accident Vasculaire Cérébral. Elle déposait une demande le 06.05.14. Elle présentait selon le Dr L. _____, médecin traitant, le 19.05.14 et le 20.05.14, un status post AVC ischémique sylvien G [gauche] avec dissection carotidienne int. G et syndrome sensitivo-moteur résiduel D ; accessoirement, l'atteinte s'accompagnait d'une polykystose rénale, et épisode dépressif moyen ; une récurrence intervient le 21.03.14 nécessitant une rehospitalisation au Centre hospitalier D. _____ (cf. 1 ère hosp., Centre hospitalier D. _____ du 14.10.13 au 31.01.14). Il précise bien selon les neurologues du Centre hospitalier D. _____, qu'il n'existe plus de potentiel d'amélioration, notamment pour le MS D. Il n'existe donc pas de possibilité de reprise d'une activité quelconque. Le Centre hospitalier D. _____ confirme les dires du médecin traitant le 31.01.14 et le 06.05.14 : plus de potentiel de réadaptation ; les hospitaliers confirment aussi la nécessité d'une aide pour les enfants (école), et qu'en cas de refus un signalement au SPJ sera effectué. Il persiste aussi des troubles phasiques et moteurs nécessitant une aide au déplacement, ainsi que des moyens auxiliaires (planche de bains). Le dernier rapport du Centre hospitalier D. _____ du 26.09.14 rapporte une nouvelle hospitalisation du 21.06 au 09.07.14 dans un contexte de malaise et d'aggravation des troubles neurologiques. Il persiste à la sortie le syndrome sensitivo-moteur résiduel D et les troubles phasiques. Notre position : nous sommes à 12 mois d'évolution, et il y a peu de chance que le status actuel change, d'autant que 2 récurrences récentes laissent maintenant une atteinte séquellaire du MI D et des troubles de la parole. Il existe de plus du fait de la topographie probablement une atteinte neuropsychologique (dysfonctionnement exécutif, troubles cognitifs). Nous suivons les avis des confrères qui sont concordants, force est de constater que l'IT [incapacité de travail] reste totale dans toute activité. La situation étant claire, nous décidons de conclure. L'IT durable est fixée le 14.10.13. L'IT est de 100% depuis. La CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] et AA [activité adaptée] est nulle, nous sommes d'accord. Les LF [limitations fonctionnelles] sont les suivantes cf. p. 1. Au total, nous suivons les avis des

confrères, tels que formulés. Ils sont justes et convaincants. Une enquête pour les 5 AVQ [actes de la vie quotidienne] serait nécessaire. Révision à 5 ans en cas d'amélioration ». Il résulte du document intitulé « Instruction relative à une allocation pour impotent de l'AI » du 13 avril 2015 que l'assurée a séjourné au Centre hospitalier D. _____ du 14 octobre 2013 au 13 janvier 2014 en raison de son AVC, puis du 21 juin 2014 au 9 juillet 2014 en raison de l'aggravation des troubles neurologiques et finalement du 20 janvier 2015 à fin février 2015 sans autre précision. Le rapport d'enquête sur l'impotence rédigé par B. _____ a retenu un besoin d'aide pour les actes de se vêtir/se dévêtir, manger – et plus particulièrement couper les aliments –, pour faire sa toilette et pour se déplacer/entretenir des contacts sociaux. Parallèlement à cette instruction, une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 7 avril 2015 par B. _____. Il résulte du rapport y relatif du 14 avril 2015 que, sans atteinte à la santé, l'assurée n'exercerait, par choix, aucune activité lucrative et serait mère au foyer pour s'occuper de ses quatre enfants. Selon l'enquêtrice, il convenait de reconnaître un statut de 100% ménagère à l'intéressée, qui rencontrait des empêchements totaux dans la tenue de son ménage, relevant que l'aide exigible avait été retenue pour le mari et les deux enfants aînés. b) Par décision du 4 septembre 2015 confirmant un projet du 20 mai 2015, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée avec effet au 1^{er} novembre 2014, selon la motivation suivante: « Résultat de nos constatations : Selon nos observations, depuis le 14 octobre 2013 (début du délai d'attente d'un an), l'empêchement dans l'accomplissement de vos travaux habituels dans la tenue de votre ménage est de 74,5%. Cet empêchement détermine le degré d'invalidité. Au vu de ce qui précède, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 75% est ouvert à partir du 1^{er} octobre 2014, soit après le délai d'attente d'une année. Toutefois, votre demande de prestations du 6 mai 2014 est tardive. Dès lors, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} novembre 2014, soit six mois après le dépôt de la demande, selon l'article 29, alinéa 1, LAI ». Dans l'intervalle, le SMR, par l'entreprise de la Dresse F. _____, a exposé ce qui suit dans un avis du 17 juin 2015 : « Assurée de 45 ans, mariée, 4 enfants, femme au foyer connue pour un accident vasculaire cérébral ischémique sylvien gauche sur probable dissection de la carotide interne G avec aphasie et hémisyndrome sensitivomoteur D diagnostiqué le 14.10.2013. Une nouvelle hospitalisation est nécessaire en juin 2014 pour aggravation des troubles neurologique préexistants et malaise d'origine fonctionnelle (pas d'explication somatique et discordances) probable. Le rapport du service de neuroréhabilitation du Centre hospitalier D. _____ du 31.01.2014 est très complet (p2-3) et décrit avec précision les capacités d'autonomie de l'assurée, malheureusement la situation n'évolue pas favorablement par la suite puisque l'assurée fait un nouveau malaise (dont l'origine n'est pas expliquée) et semble péjorer ses troubles neurologiques par la suite. Dans son rapport du 30.04.2015, le Dr H. _____, neurologue, décrit la persistance d'un important hémisyndrome sensitivomoteur D avec plégie du membre sup D et parésie importante du membre inférieur D entravant la marche qui s'effectue avec un bâton de marche. L'assurée est décrite comme autonome pour les activités de la vie quotidienne de base, sous surveillance continue. Nous avons pris connaissance du questionnaire impotence du 09.05.2014 et de l'enquête impotence du 13.04.2014. Discussion Nous retenons le besoin d'aide décrit lors de l'enquête pour les actes s'habiller/se déshabiller, faire sa toilette ainsi que le besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur depuis 10.2013. Nous ne retenons pas l'aide pour couper les aliments, l'assurée étant clairement capable de le faire à la sortie en janvier 2014, l'événement de juin 2014 n'a pas d'explication somatique justifiant une péjoration neurologique. Nous retenons un besoin d'accompagnement tel que décrit par

l'enquêtrice même s'il apparaît dans les rapports que l'assurée pourrait participer d'avantage à la vie et l'entretien du ménage, elle ne pourrait l'assumer sans une aide plus importante que celle qui est exigible de la famille (mari et enfants aînés), nous retenons la date d'octobre 2013. Je pense qu'il est exigible que l'assurée participe aux séances d'ergothérapie/physiothérapie afin d'éviter d'aggraver la situation ». c) Par décision du 3 septembre 2015, confirmant un projet du 14 juillet 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une allocation pour impotent de degré moyen avec effet au 1^{er} octobre 2014, motif pris que selon les résultats de l'enquête à domicile réalisée le 7 avril 2015, elle nécessitait une aide régulière et importante d'un tiers pour exécuter les trois actes ordinaires de la vie « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » et que son état de santé requerrait également un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. B. Le 18 juillet 2016, l'assurée a déposé une demande en vue de l'obtention d'une contribution d'assistance de l'AI. Dans le formulaire d'auto-déclaration du même jour, l'assurée a indiqué, sous la rubrique « Description du handicap », avoir besoin d'aide pour tous les actes. Elle a également mentionné avoir régulièrement recours aux soins et à l'aide d'un proche vivant dans le ménage en raison de son handicap à raison de 3 heures au minimum. L'assurée a en outre relevé avoir besoin, d'une part, d'une surveillance pendant la journée, en raison d'un besoin d'une présence rassurante et eu égard aux risques de crampes et de perte de connaissance et, d'autre part, d'assistance pendant la nuit, précisant qu'elle avait besoin d'une aide directe de ses proches pour aller aux toilettes ou pour les médicaments, à raison d'au moins une fois par nuit durant 5 à 10 minutes environ. Elle a également fait savoir qu'elle avait besoin de prestations de conseil et soutien pour mettre en place l'assistance car il était important d'avoir des conseils de personnes qui la connaissent. L'intéressée a pour le surplus indiqué dans le formulaire d'auto-déclaration, sous la rubrique « Actes ordinaires de la vie quotidienne », qu'elle avait besoin d'aide de degré 3 pour se vêtir/se dévêtir, pour faire sa toilette et aller aux toilettes, de degré 2 pour se lever/s'asseoir/se coucher/se déplacer dans le logement, ainsi que pour manger et boire et de degré 4 pour se déplacer. Elle a également fait valoir un besoin d'aide de degré 4 pour son ménage ainsi que pour l'éducation de ses enfants. Dans une communication du 6 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'un conseil dans le cadre de la contribution d'assistance. Afin d'examiner le droit de l'assurée à une contribution d'assistance, une enquête pour l'examen du droit à une contribution d'assistance (« Enquête standardisée FAKT2 ») a été effectuée le 28 septembre 2016. Il a notamment été retenu un degré moyen de 2 pour l'acte de « se vêtir/se dévêtir », se décomposant en un degré 1 pour le sous-acte « Choix des vêtements », l'assurée pouvant dire la plupart du temps ce qu'elle voulait mettre, mais ne pouvant pas toujours aller les chercher dans l'armoire, un degré 2 pour le sous-acte « se vêtir/se dévêtir », l'assurée pouvant mettre ou enlever une partie de ses habits avec lenteur, mais nécessitant de l'aide pour enfiler les vêtements du haut et du bas et pour fermer boutons, crochets ou lacets en raison de ses atteintes physiques et enfin un degré 1 pour le sous-acte « Recours à des moyens auxiliaires », l'intéressée nécessitant de l'aide pour mettre et enlever son attelle pour la cheville. S'agissant de l'acte de « manger et boire », l'enquêtrice a retenu un degré 1, au motif que l'assurée était autonome, sauf pour couper la viande, qu'elle se servait et se versait à boire seule, qu'elle pouvait manger et boire seule, mais avait ponctuellement besoin d'aide en raison de difficultés à prendre avec la fourchette ou à racler. Quant à l'acte d'aller aux toilettes, il a été arrêté un besoin d'aide moyen de degré 1, dont un degré 1 pour les transferts (l'assurée ayant besoin d'aide de temps en temps pour aller aux toilettes suivants son état de fatigue), pour se nettoyer (étant

précisé qu'elle avait souvent une assistance pour se nettoyer après avoir été aux toilettes mais qu'elle pourrait, au vu des limitations, être autonome la plupart du temps) et pour le déshabillage/rhabillage (besoin d'aide pour les boutons et les fermetures à glissières). L'enquête FAKT2 a en outre mis en évidence un degré 2 relatif à l'éducation des enfants, car si l'assurée ne contrôlait plus leurs devoirs et s'occupait moins de leur éducation, elle discutait néanmoins avec eux, étant précisé qu'elle n'allait déjà pas aux réunions de parents avant son atteinte à la santé. En outre, l'enquêtrice n'a retenu ni surveillance pendant la journée, ni prestations de nuit. Pour le surplus, le résumé du calcul contenu dans le rapport d'enquête du 26 octobre 2016 se présente comme suit : On extrait ce qui suit d'une communication interne de l'OAI du 26 octobre 2016 : « L'entretien s'est déroulé au domicile de l'assurée le 28 septembre 2016 en présence de son époux. C'est auprès de ce dernier que les renseignements nécessaires à l'évaluation de la CDA [contribution d'assistance] ont été recueillis. L'entretien a été long et marqué par des problèmes de compréhension, le français de M. G. _____ étant lacunaire. L'assurée a dormi durant tout l'entretien sur le canapé. Elle ne s'est levée qu'une fois pour aller aux toilettes, accompagnée par son mari, puis s'est recouchée. Elle ne s'est pas exprimée. Le mari a eu un accident professionnel, il est tombé de 5 à 7 m. en 2015, il a présenté des lésions au dos et au niveau des épaules. Il est à nouveau en arrêt de travail depuis mars 2016. Il va être convoqué pour un séjour à la Clinique de la SUVA pour une évaluation. Il est très en souci par rapport à ce séjour car il ne sait pas comment il va pouvoir s'organiser pour sa femme et ses enfants. Des entretiens téléphoniques auprès du CMS - Madame S. _____, ergothérapeute et Madame [...], AS[S]C [assistante en soins et santé communautaire] - ont été nécessaires afin de préciser le besoin d'aide pour certains points, notamment les transferts, aller aux toilettes ainsi que la surveillance. Si ces dernières confirment les fortes limitations de l'assurée, elles font également état de l'accompagnement du mari par peur de malaise ou de chute. Ces deux personnes confirment qu'en leur présence, l'assurée est autonome pour les points mentionnés ci-dessus. L'AS[S]C indique que l'assurée présente une grande fatigabilité et est également handicapée par des douleurs. Elle a un peu plus d'énergie le matin, peut faire des petites choses pour elle ; par contre elle dort l'après-midi sur le canapé. Elle fait également état du côté dépressif chez cette assurée. API Assurée au bénéfice d'une API de degré moyen. Lors de l'enquête API effectuée en avril 2015, le besoin d'aide pour l'acte couper avait été retenu par l'enquêtrice. Cependant, suite à l'avis médical du 17.06.2015, l'aide pour l'acte 4.1.3 n'a pas été retenu. Dès lors, sans une aggravation de l'état de santé attestée médicalement, nous ne pouvons retenir qu'un degré 1 pour le point 1.3.1 de la CDA. Pour l'acte « se lever », lors de l'enquête API le besoin d'aide pour les transferts n'avait pas été retenu. L'assurée l'a cependant mentionnée dans l'auto-déclaration. Selon les informations recueillies tant auprès de l'ergothérapeute que de l'AS[S]C, l'assurée peut effectuer les transferts de façon autonome. Il n'y a donc pas de changement pour ce point également. Organisation actuelle Toute la famille s'occupe à tour de rôle de l'assurée. Depuis que le mari est à l'assurance c'est lui qui apporte l'aide la plupart du temps. CMS : Auxiliaire du CMS 1 fois/semaine pour le repassage ASC : 1 fois 45min/semaine pour des activités de revalorisation. Plus d'ergothérapie depuis 11.2015 (remplacée par les séances de l'AS[S]C). Moyens auxiliaires Un bâton de marche, une planche de bain PC – PCG --- Surveillance : Dans l'auto-déclaration, un besoin de surveillance durant la journée est indiqué afin de rassurer l'assurée et de prévenir le risque de chute. La surveillance n'avait pas été retenue lors de l'enquête effectuée en avril 2015 car elle n'était pas permanente. A ce jour, l'assurée peut rester seule par moment, elle reste

allongée l'après-midi sur le canapé ; son mari s'absente pour faire les courses ou accompagner ses enfants. Lorsqu'il travaillait, l'assurée restait seule à la maison, des contrôles fréquents étaient faits par son mari par téléphone ou par des passages de sa belle-sœur. Le risque qu'elle se mette en danger est minime. Il s'agit plus de la peur du mari que d'une réelle mise en danger. Le besoin de surveillance ne peut être considéré comme permanent, le statut quo est donc maintenu. Prestations de nuit : Dans l'auto-déclaration, un besoin d'assistance est indiqué pour aller aux toilettes. Le chiffre 4074 CCA stipule « Pour que le forfait de nuit soit octroyé, il ne suffit pas que l'assuré ne soit pas en mesure d'aller aux toilettes sans aide, puisque ce déplacement n'est pas vérifiable par l'office AI » . Il précise également « La nécessité d'aller aux toilettes pendant la nuit doit être justifiée par des raisons de santé » . Ce qui n'est pas le cas. Selon le CMS, l'assurée est en mesure de se lever seule pour aller aux toilettes. De plus, l'assurée pourrait réduire le dommage en utilisant une chaise percée à côté du lit. Conseil et soutien : Par lettre du 17.08.2016, l'assurée a demandé la prise en charge de conseil et soutien pour la mise en place de la CDA. Elle a déjà eu des contacts avec [...]. Remarques Cette situation est lourde, néanmoins l'assurée conserve une petite autonomie qu'elle ne met pas toujours en valeur en raison des précautions prises par son mari et son entourage familial. Dans l'évaluation, il a été également nécessaire de faire la part des choses entre les difficultés liées au handicap et les pratiques culturelles (travail administratif, courses, participation sociale). Une partie des limitations est également à mettre en lien avec un état dépressif qui est indiqué au dossier mais pas documenté médicalement ». Par projet du 22 novembre 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée son intention de lui octroyer une contribution d'assistance dès le 1^{er} juillet 2016 pour les heures d'assistance effectivement fournies correspondant à une moyenne mensuelle de 1'952 fr. 95, respectivement annuelle maximale de 21'482 fr. 45, dont le calcul détaillé se présente comme suit : Le 28 décembre 2016, l'assurée s'est opposée à ce projet. Elle a indiqué que lors des transferts posturaux, elle avait régulièrement des spasmes et de la rigidité des membres nécessitant qu'on la masse avant de pouvoir changer de posture. Elle a mentionné un besoin de surveillance car elle pouvait à tout moment avoir une perte de connaissance, chuter et se mettre en danger. Elle a également soutenu avoir besoin d'aide les nuits, surtout pour l'aider à aller aux toilettes car sinon elle risquait de tomber, ainsi que pour préparer ses aliments dans l'assiette. L'intéressée a mentionné n'être plus du tout à même de participer à l'éducation de ses quatre enfants. Pour ces raisons, elle a demandé à l'OAI « d'évaluer à la hausse les domaines suivants » : se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir /se coucher/se déplacer dans le logement, manger et boire (préparation de la nourriture), se laver, aller aux toilettes, éducation et garde des enfants, surveillance pendant la journée et prestations de nuit. Par certificat médical du 29 décembre 2016, le Dr L._____, médecin praticien traitant, a confirmé la nécessité d'une surveillance de nuit, précisant toutefois qu'il n'était jamais intervenu à domicile pendant la nuit. Le 24 avril 2017, l'enquêtrice de l'OAI a rédigé une communication interne, dont la teneur est la suivante : « L'assurée conteste notre décision en mentionnant que son besoin d'aide réel n'est pas totalement reconnu. Afin de répondre à ses allégations et pour faire suite à votre mandat du 05.01.2017, nous vous apportons des précisions pour chaque poste en mentionnant pourquoi il a été retenu : - 1.1. Se vêtir/se dévêtir : dans la rubrique 1.1.1. Choix des vêtements , l'assurée avait indiqué un degré 3 sur le questionnaire d'auto-déclaration. Le degré 3 a été retenu et maintenu car l'assurée peut un peu participer. Un degré 4 n'est pas justifié car aucune participation ne serait possible de sa part. Dans la rubrique 1.1.2. Se vêtir/se dévêtir : le degré 2 a été retenu et maintenu car l'assurée peut

mettre seule une partie de ses vêtements avec lenteur mais elle a besoin d'aide pour une partie des vêtements. Un degré 3 n'est pas justifié car elle devrait être aidée pour une majorité de ses vêtements, ce qui n'est pas le cas au vu de ses limitations fonctionnelles. -

1.2. Se lever/s'asseoir/se coucher/se déplacer dans le logement : sur le questionnaire d'auto-déclaration, le degré 2 a été retenu par l'assurée. L'assurée indique qu'ayant des spasmes et une rigidité des membres, il est nécessaire de la masser avant chaque changement de posture. Le degré 1 a été retenu et maintenu car l'assurée peut faire ses transferts seule, ce qui est stipulé par l'ergothérapeute et l'ASSC. Ceci est confirmé également lors de l'enquête API du 07.04.2015. Un massage des membres ne justifie pas que l'on puisse retenir cet acte à un degré supérieur. -

1.3. Manger et boire : sur le questionnaire d'auto-déclaration, le degré 2 a été retenu par l'assurée. Elle estime qu'elle a besoin d'aide pour couper les aliments (même les spaghettis) et que notre évaluation ne tient pas compte de ses difficultés. Le degré 1 a été retenu et maintenu car sans une aggravation de l'état de santé de l'assurée, nous ne pouvons pas retenir un degré supérieur puisque l'acte manger n'avait pas été retenu lors de la décision d'octroi de l'API suite à l'avis médical du 17.06.2015. Celui-ci indique que l'assurée était capable de couper ses aliments lors de sa sortie en 01.2014 et que l'événement du 06.2014 n'a pas d'explication somatique justifiant une péjoration neurologique. -

1.4. Faire sa toilette : l'assurée indique que quelqu'un doit être présent en cas de perte d'équilibre ou de connaissance. Sur le questionnaire d'auto-déclaration, le degré 3 a été retenu par l'assurée. Dans la rubrique 1.4.1. se laver , a été retenu et maintenu un degré 2 car l'assurée peut faire une partie seule, soit le côté droit et a besoin d'aide pour l'autre côté et le dos. Un degré 3 ne peut pas être retenu, l'assurée n'ayant pas besoin d'aide pour la majorité de la toilette. Dans la rubrique 1.4.4. soins du corps périodiques, un degré 3 a été retenu et maintenu du fait des risques de chute et des pertes d'équilibre possible pour le lavage des cheveux. Un degré 4 ne peut pas être retenu, sans quoi l'assurée n'aurait aucune participation possible. -

1.5. Aller aux toilettes : l'assurée avait retenu un degré 3 sur le questionnaire d'auto-déclaration. Elle indique que quelqu'un doit être disponible si elle tombe. Le degré 1 a été retenu et maintenu . En effet, le besoin n'est pas régulier et important au sens de nos directives. L'acte n'a pas été retenu lors de l'octroi de l'allocation pour impotence. Un degré [3] ne se justifie donc pas. -

4. Education et garde des enfants : sur le questionnaire d'auto-déclaration, le degré 4 a été retenu par l'assurée. Elle indique qu'elle n'est plus du tout à même de participer à l'éducation de ses enfants et estime qu'il n'est pas tenu compte de ses difficultés. Un degré 2 [recte :1] a été retenu et maintenu . En effet, l'assurée ne peut plus participer à l'aide aux devoirs mais peut en revanche en discuter avec eux. Elle n'allait déjà pas aux réunions de parents avant son atteinte à la santé. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, il ne peut pas être retenu de degré 3. -

8. Surveillance pendant la journée : lors de l'enquête API du 13.04.2015, la surveillance n'a pas été retenue, l'assurée pouvant rester seule plusieurs heures durant l'absence de son mari et de ses enfants sans se mettre en danger. Comme expliqué dans la note du 26.10.2016, l'enquêtrice s'est renseignée auprès de l'ergothérapeute, de l'ASSC et les points de vue indiquent que l'assurée n'a pas besoin de surveillance constante (elle est consciente de ses limitations et le risque qu'elle se mette en danger est minime). Il n'y a pas de nouvel élément permettant de retenir cette notion de surveillance. Il est relevé l'attitude précautionneuse de la famille alors que l'assurée a encore des compétences peu mises en valeur pour cela. -

9. Prestations de nuit : l'assurée indique un besoin d'aide la nuit surtout pour aller aux toilettes, il faut en effet éventuellement lui masser les membres et l'accompagner du fait du risque de chute. Dans la

note du 26.10.2016, il est indiqué que l'assurée peut se lever seule pour aller aux toilettes et qu'elle pourrait réduire le dommage en utilisant une chaise percée à côté du lit si les déplacements sont trop pénibles la nuit. Le chiffre 4074 de la CCA s'applique dans ce cas, aussi nous ne pouvons pas retenir l'aide la nuit. De plus, le Dr L. _____ a établi un rapport médical le 29.12.2016 sur lequel nous ne pouvons pas nous appuyer. En effet, il reprend les propos de l'assurée selon lesquels elle a besoin de présence et se réfère à la lettre d'opposition du 28.12.2016. Le médecin indique n'être jamais intervenu la nuit à domicile. Ces données ne nous permettent pas de retenir un besoin d'aide pour la nuit. Les éléments mentionnés dans la lettre de contestation de l'assurée du 28.12.2016 ont tous été abordés durant l'entretien au domicile de l'assurée. Ils ont été retranscrits selon les déclarations de l'assurée et de son entourage au moment de l'enquête à domicile du 28.09.2016. En raison des arguments cités ci-dessus, nous maintenons notre position [...] ». Par décision du 1^{er} mai 2017, l'OAI a confirmé son projet du 22 novembre 2016, en reprenant intégralement les arguments avancés dans le courrier du 24 avril 2017, et donné à l'assurée le droit à une contribution d'assistance à hauteur de 1'952 fr. 95 à compter du 1^{er} juillet 2016. C. Par acte du 2 juin 2017, G. _____, représentée par Me Jean-Christophe Oberson, a recouru contre la décision précitée concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle soutient en substance que l'OAI n'a pas retenu les faits pertinents permettant de juger sa situation et conteste le degré d'indépendance qui a été retenu par l'OAI dans le cadre du calcul de la contribution d'assistance pour les domaines des actes ordinaires de la vie quotidienne, de l'éducation de ses enfants, ainsi que de la surveillance de jour et de nuit. Elle fait en particulier valoir qu'un besoin d'aide de degré 3 doit être retenu pour les actes de se vêtir et de faire sa toilette, ayant besoin de beaucoup d'aide directe ou d'une surveillance fréquente pour leur accomplissement. La recourante soutient également qu'un besoin d'assistance de degré 2 au moins doit lui être reconnu s'agissant de l'acte « manger » et plus particulièrement pour couper les aliments. Elle fait enfin valoir que le besoin d'assistance concernant l'éducation et la garde des enfants doit être revu à la hausse car le degré 1 retenu correspond à moins de trois minutes par jour et par enfant. Le 23 juin 2017, l'OAI a réceptionné un rapport du Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie auprès de la Fondation T. _____, indiquant suivre l'assurée depuis 2015 et mettre à la disposition du SMR son appréciation de la situation de la recourante, du point de vue psychique. Dans sa réponse du 20 octobre 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, en renvoyant notamment aux communications internes des 26 octobre 2016 et 24 avril 2017, ainsi qu'à l'avis SMR du 17 juin 2015, dont il ressort que la recourante est capable de couper ses aliments. Il relève que le Dr N. _____ n'apporte aucun élément médical psychiatrique qui serait de nature à remettre en cause la décision entreprise, précisant qu'il laissait le soin à la Cour de céans de voir si elle souhaitait tout même interroger ce praticien. Par réplique du 14 novembre 2017, la recourante maintient ses conclusions et requiert qu'une expertise médicale soit ordonnée si la valeur probante des documents suivants, produits à l'appui de sa réplique, devait être contestée : - un rapport du 12 novembre 2017 du Dr L. _____, selon lequel l'intéressée n'est, à son avis, « pas apte à couper ses aliments, dont elle a besoin que quelqu'un le fasse à sa place » et qu'elle « ne peut pas participer à l'aide aux devoirs et ne peut conduire aucune conversation approfondie avec [ses enfants], donc, elle ne peut même donner des conseils, les influencer dans leurs comportements ni les motiver pour quoi que ce soit » ; - un rapport du 10 novembre 2017 du Dr N. _____, dont la rubrique « Discussion » a la teneur suivante (sic) : « Mme G. _____ est une patiente

présentant des séquelles psychiques du registre dissociatif et dépressif suite à l'AVC subit en 2013, en plus des séquelles neurologiques. Le tableau psychique séquellaire implique un bénéficiaire secondaire (en ce qui concerne notamment l'entourage familial) et principalement son mari, dont l'importance pour elle qu'il soit présent 24H/24 avec l'épuisement subséquent de celui-ci. Le tableau psychique évolue peu et des mesures psychothérapeutiques et psychiatriques sont peu efficaces, y compris pour ce qui concerne le bénéficiaire secondaire. Le trouble dissociatif et la symptomatologie dépressive participent dans la perte d'autonomie de Mme G. _____, y compris pour les actes courants de la vie quotidienne. A noter que les crises dissociatives peuvent survenir à tout moment, y compris lorsqu'elle entreprend une quelconque tâche, ce qui se révèle dangereux, devant être alors accompagnée, voire surveillée 24H/24 »- Dans sa duplique du 5 décembre 2017, l'intimé confirme ses conclusions et joint un avis SMR du 4 décembre 2017 dont la teneur est la suivante : « [...] La réplique de notre assuré s'appuie sur le courrier du Dr L. _____, interniste, du 12.11.2017 qui pense que l'assurée n'est pas apte à couper ses aliments. Nous relevons qu'aucun élément objectif ne vient soutenir cette appréciation : l'examen clinique n'est pas précisé, tout comme les observations qui ne sont pas données. L'appréciation des limitations quant à la participation aux devoirs n'est pas d'avantage objectivée mais s'appuie ici aussi sur l'appréciation personnelle du Dr L. _____. Rien ne permet de penser que la situation s'est objectivement péjorée. Le courrier du Dr N. _____, psychiatre, relève des crises dissociatives survenant de façon abrupte, généralement au moment où les proches s'absentent, dont les investigations n'ont pas objectivé d'origine somatique et qu'il met sur le compte de bénéficiaire secondaire. Ce diagnostic n'amène donc pas de nouvelles limitations fonctionnelles objectives à celles retenues lors du rapport d'examen SMR du 10.11.2014 ». La duplique a été transmise le 12 décembre 2017 pour information à la recourante. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte en l'occurrence uniquement sur la contribution d'assistance établie par l'OAI, singulièrement sur son montant à compter du 1

er juillet 2016. En revanche, ni la décision relative à la rente d'invalidité, ni celle ayant trait à l'allocation pour impotent n'ont fait l'objet d'un recours, de sorte que ces questions ne seront pas abordées dans le cadre de la présente procédure.

3. a) Selon l'art. 42 quater al. 1 LAI, l'assuré a droit à une contribution d'assistance s'il perçoit une allocation pour impotent de l'AI conformément à l'art. 42 al. 1 à 4 LAI (let. a), s'il vit chez lui (let. b) et s'il est majeur (let. c). L'assurance verse une contribution d'assistance pour les prestations d'aide dont l'assuré a besoin et qui sont fournies régulièrement par une personne physique (assistant) qui est engagé par l'assuré ou par son représentant légal sur la base d'un contrat de travail (art. 42 quinquies let. a LAI). Le temps nécessaire aux prestations d'aide est déterminant pour le calcul de la contribution d'assistance. Le temps nécessaire aux prestations relevant notamment de l'allocation pour impotent et de la contribution aux soins en vertu de l'art. 25a LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) est déduit (art. 42 sexies al. 1 LAI). Le Conseil fédéral définit (let. a) les domaines, le nombre d'heures minimal et le nombre d'heures maximal pour lesquels une contribution d'assistance est versée ; (let. b) les forfaits, par unité de temps, accordés pour les prestations d'aide couvertes par la contribution d'assistance ; (let. c) les cas dans lesquels une contribution d'assistance est versée en vertu d'obligations résultant du contrat de travail au sens du CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse ; RS 220) sans que les prestations d'aide aient été effectivement fournies par l'assistant (art. 42 sexies al. 4 LAI).

b) D'après l'art. 39 c RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201 [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; cf. ATF 129 V 4 consid. 1.2]), le besoin d'aide peut être reconnu dans les domaines suivants : (let. a) actes ordinaires de la vie ; (let. b) tenue du ménage ; (let. c) participation à la vie sociale et organisation des loisirs ; (let. d) éducation et garde des enfants ; (let. e) exercice d'une activité d'intérêt public ou d'une activité bénévole ; (let. f) formation professionnelle initiale ou continue ; (let. g) exercice d'une activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi ; (let. h) surveillance pendant la journée ; (let. i) prestations de nuit. Le nombre maximal d'heures mensuelles à prendre en compte pour la détermination du besoin d'aide est, pour les prestations d'aide relevant des domaines visés à l'art. 39 c let. a à c RAI, de 20 heures en cas d'impotence faible, de 30 heures en cas d'impotence moyenne et de 40 heures en cas d'impotence grave, par acte ordinaire de la vie retenu lors de la fixation de l'allocation pour impotent (art. 39 e al. 2 let. a ch. 1 à 3 RAI). Ce nombre est de 60 heures pour les prestations d'aide relevant des domaines visés à l'art. 39 c let. d à g RAI (art. 39 e al. 2 let. b RAI) et de 120 heures pour la surveillance visée à l'art. 39 c let. h RAI (art. 39 e al. 2 let. c RAI). La contribution d'assistance se monte à 32 fr. 90 par heure en principe (art. 39 f al. 1 RAI). Le montant annuel de la contribution d'assistance équivaut à douze fois le montant mensuel de la contribution d'assistance (art. 39 g al. 2 let. a RAI), respectivement à onze fois le montant mensuel de dite contribution si l'assuré vit en ménage commun avec la personne avec laquelle il est marié et que cette personne est majeure et ne bénéficie pas elle-même d'une allocation pour impotent (art. 39 g al. 2 let. b RAI).

c) D'après la Circulaire sur la contribution d'assistance (ci-après : CCA) de l'Office fédéral des assurances sociales, valable dès le 1^{er} janvier 2015, une contribution d'assistance est versée quand un assuré présente un besoin d'aide régulier qui n'est pas couvert par d'autres prestations. Il n'y a donc pas de contribution d'assistance lorsque l'allocation pour impotent et/ou d'autres prestations de l'AI ou de l'assurance-maladie obligatoire couvrent, en temps, le besoin d'aide reconnu. Les prestations d'aide sont celles qui servent à couvrir l'aide régulière dont l'assuré a besoin en raison de son handicap (CCA ch. 3001 et 3002). Ainsi,

une contribution d'assistance est versée quand un assuré présente de manière avérée un besoin d'aide régulier dû à son handicap et que les prestations d'aide ont été fournies par des assistants (CCA ch. 3003). D'une part, le besoin d'aide doit être régulier, c'est-à-dire s'étendre sur trois mois au moins. D'autre part, il doit aussi, pendant cette période, être couvert régulièrement par un ou plusieurs assistants. Pour cela, l'assuré ou son représentant légal doit avoir signé les contrats de travail correspondants (CCA ch. 3004). Pour définir le temps durant lequel l'assuré a besoin personnellement et régulièrement d'une aide en raison de son handicap, le critère de la régularité peut être interprété dans un sens plus large que pour l'API. Ainsi, les prestations d'aide considérées comme régulières ne doivent pas obligatoirement être quotidiennes, mais récurrentes (par ex. prendre un bain, couper les ongles, faire le ménage chaque semaine). Un besoin d'aide unique, inhabituel ou non récurrent ne peut cependant pas être considéré comme régulier (CCA ch. 3006). Il y a régularité quand le besoin d'aide permet de mener une vie normale sur le long terme, c'est-à-dire, selon le domaine d'aide, qu'il est quotidien ou au minimum mensuel (par ex. laver les cheveux / couper les ongles, faire le ménage chaque semaine, faire les courses ; CCA ch. 3007). La contribution d'assistance est versée à condition que les prestations d'aide soient fournies par une personne physique. Ne sont pas reconnues celles qui sont fournies soit pendant un séjour hospitalier (home, hôpital ou clinique psychiatrique) ou semi-hospitalier (atelier, centre de jour, centre de réadaptation ou école spéciale), soit par des organisations ou d'autres personnes morales. Elle ne peut pas servir à rémunérer les membres de la famille en ligne directe. Sont considérées comme membres de la famille en ligne directe les personnes qui sont mariées avec l'assuré, vivent avec elle en partenariat enregistré, mènent de fait une vie commune, ou sont apparentées en ligne directe ascendante ou descendante (enfants, parents, grands-parents et petits-enfants). Cette délimitation se réfère à l'obligation d'entretien visée aux art. 163, 276 ss et 328 CC (CCA ch. 3012 et 3013). d) D'après la CCA, le besoin d'aide est calculé au moyen d'un instrument d'enquête standardisé (FAKT2) pour les prestations d'aide directes et indirectes (CCA ch. 4005). Le Tribunal fédéral a confirmé que l'instrument d'enquête FAKT était propre en principe à établir tous les besoins d'aide de la personne assurée (ATF 140 V 543 consid. 3.2.2 ; TF 9C_648/2013 du 17 octobre 2014). S'agissant de la CCA, on peut relever que les directives administratives qui visent à unifier voire codifier la pratique des organes d'exécution n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration (ATF 130 V 163 consid. 4.3.1). Elles ne lient pas le juge (ATF 129 V 200 consid. 3.2). Cela ne signifie toutefois pas que le juge des assurances sociales n'en tienne pas compte. Au contraire, il ne s'en écarte que dans la mesure où les directives administratives établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1 et 133 V 257 consid. 3.2).

aa) Cela étant, sont reconnues comme aide directe, outre les prestations destinées à soutenir ou à réaliser des activités, les prestations qui compensent des troubles de l'audition ou de la vue (interprétation, alphabet manuel, lecture). Sont reconnus comme aide indirecte les instructions, le contrôle et la surveillance lors de l'exécution des activités (CCA ch. 4005). L'élément déterminant est l'aide qui est rendue nécessaire par la situation liée au handicap, que cette aide soit effectivement utilisée ou non. Les éléments individuels sont laissés de côté (par exemple la fréquence à laquelle l'assuré se douche effectivement) (CCA ch. 4008).

bb) Chaque domaine (tels que les actes ordinaires de la vie, le ménage, la participation à la vie sociale, etc.) est subdivisé en sous-domaines. Le domaine « Ménage », par exemple, comprend les sous-domaines suivants : administration ; alimentation ; entretien du logement ; achats et courses diverses ; lessive et entretien des vêtements (CCA ch. 4002). Chaque

sous-domaine est subdivisé en plusieurs activités. Le sous-domaine « Alimentation », par exemple, comprend les activités suivantes : préparer les repas quotidiens ; maintenir la cuisine en ordre (CCA ch. 4003). Chaque activité se décompose en plusieurs actes. L'activité « Préparer les repas quotidiens », par exemple, comprend les actes suivants : éplucher ; couper ; faire cuire ; mettre la table, etc. (CCA ch. 4004). Dans chaque domaine ou sous-domaine, le besoin d'aide est divisé en cinq degrés, auxquels correspondent des valeurs en temps pour le besoin d'aide (depuis le degré 0 = pas besoin d'aide, autonomie totale, jusqu'au degré 4 = besoin d'aide pour tout, aucune autonomie). Les degrés, avec les fourchettes correspondantes, sont saisis par domaine. Ils sont décrits à l'annexe 3 (CCA ch. 4009). Le degré 0 s'applique quand l'assuré est autonome (éventuellement grâce à des moyens auxiliaires) et n'a pas besoin d'aide (CCA ch. 4010). Le degré 1 s'applique quand il s'agit uniquement d'une aide minimale ou sporadique, mais régulière au sens de la contribution d'assistance. Il comprend donc l'aide directe ou indirecte dont l'importance est modeste ou qui n'est nécessaire que de temps à autre. Ce degré comprend aussi l'aide qui ne peut pas être prise en compte dans l'allocation pour impotent en raison du manque de régularité ou qui n'est pas pertinente pour l'évaluation de l'impotence. A ce degré l'assuré peut presque tout faire lui-même, mais il a besoin ponctuellement d'une aide directe ou indirecte, par exemple pour la pédicure (sinon autonome), hacher des morceaux de viande très durs, contrôler qu'il ferme les fenêtres, donner des instructions par rapport à l'heure du coucher ou faire un trait de crayon pour le maquillage (CCA ch. 4011). Le degré 2 s'applique quand l'assuré a besoin d'aide pour plusieurs (= quelques, certains, différents) actes, mais qu'il peut encore faire des choses par lui-même. Au degré 2, l'assuré peut exécuter lui-même une partie des actes, mais pour le reste il a besoin d'une aide directe ou d'instructions et de contrôles permanents (entre-temps il exécute certains actes de manière autonome). A titre d'exemples sont notamment citées les situations suivantes : il faut dire à l'assuré quels vêtements sont adaptés au temps ou aux circonstances et contrôler que ceux qu'il a choisis conviennent, l'assuré peut se laver et se sécher le haut du corps, mais a besoin d'aide pour le bas ou l'assuré peut préparer des petits repas ou des repas froids, mais a besoin d'aide pour éplucher ou faire cuire (CCA ch. 4012). Le degré 3 s'applique quand l'assuré ne peut participer que de façon minimale aux différents actes ou n'apporter qu'une modeste contribution pour faciliter l'exécution de la tâche. Au degré 3, l'assuré a besoin d'aide pour la majorité des actes, il ne peut faire que de petites choses, il a besoin de beaucoup d'aide directe ou d'une surveillance fréquente (l'assistant doit donner des instructions et accompagner directement la plupart des actes). Tel est notamment le cas lorsque l'assuré ne peut prendre que de petites choses dans un tiroir ou une étagère, ne peut pas manger avec des couverts mais peut amener lui-même quelque chose – comme des biscuits – à sa bouche, peut s'asseoir seul sous la douche, peut se tenir debout pour s'habiller ou se déplacer sans but dans l'appartement, ne sait souvent plus où il en est et doit sans cesse être ramené à table ou sur le canapé (CCA ch. 4013). Le degré 4 s'applique quand une contribution modeste à un acte ou une aide pour son exécution n'est plus possible. Au degré 4, l'assuré a besoin d'une aide complète et permanente pour tout, il ne peut rien faire de manière autonome, il a besoin d'une aide directe complète ou d'instructions permanentes et de surveillance constante pour tous les actes (CCA ch. 4014). Chaque domaine ou sous-domaine est subdivisé en différentes activités. Pour chacune d'entre elles, il faut décider dans quel degré classer l'assuré. Une valeur en minutes est associée à chaque degré. Le total des valeurs en minutes correspondant à chaque activité donne le degré dans le domaine ou le sous-domaine en question (au moyen du tableau

figurant à l'annexe 3) (CCA ch. 4015). Le tableau des fourchettes par degré et par domaine, figurant à l'annexe 3 de la CCA, se présente comme suit : Dans chaque domaine, des suppléments peuvent être accordés aux assurés dont le besoin est avéré et dépasse le cadre temporel disponible. En règle générale, ces suppléments ne peuvent être octroyés que si le besoin d'aide normal dans le domaine ou sous-domaine correspondant atteint au moins le degré 3 (CCA ch. 4016). e) Le droit à une surveillance pendant la journée n'existe que si le besoin de surveillance a été reconnu dans le cadre de l'enquête relative à l'API (CCA ch. 4061). La notion de « surveillance personnelle permanente » ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Elle renvoie plus à une prestation d'aide nécessaire à l'assuré quand celui-ci souffre de défaillances mentales, en raison de son état de santé physique et/ou psychique. L'assuré ne peut pas être laissé seul pendant la journée ou un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions (ATF 107 V 136 ; CCA ch. 4063 ; cf. également ch. 8020 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, établie par l'OFAS]). La nécessité d'une surveillance doit être admise lorsque l'assuré, en l'absence de surveillance, pourrait très vraisemblablement représenter un danger pour lui-même ou pour autrui (CCA ch. 4064). Les simples heures de présence et les heures de surveillance passive, qui ne nécessitent pas d'intervention et pendant lesquelles l'assistant peut par ex. faire autre chose, ne sont pas prises en compte. La personne ne peut certes pas être laissée seule parce qu'on ne sait pas exactement quand une intervention sera nécessaire, mais elle ne doit pas être surveillée directement (CCA ch. 4065). Quant aux prestations de nuit – qui peuvent être octroyées même si la surveillance permanente n'est pas reconnue dans le cadre de l'impotence (CCA ch. 4073) – elles ne peuvent être prises en compte que sur prescription médicale (certificat médical) et lorsqu'elles sont absolument nécessaires en raison de l'état de santé de l'assuré. Il faut pour cela que l'absence d'aide (sur une assez longue période) entraîne une aggravation de l'état de santé ou une crise menaçant gravement le pronostic vital. Le certificat médical doit spécifier quelles pourraient être les conséquences pour la santé si, par exemple, on ne procède pas à un changement de position durant la nuit. Les mesures non personnelles adéquates – comme des lits spéciaux anti-escarres – doivent avoir été toutes essayées ou exclues avant que des prestations de nuit soient accordées (obligation de réduire le dommage) (CCA ch. 4072). Pour que le forfait de nuit soit octroyé, il ne suffit pas que l'assuré ne soit pas en mesure d'aller aux toilettes sans aide, puisque ce déplacement n'est pas vérifiable par l'office AI. Dans le sens de l'obligation de réduire le dommage, on peut en effet exiger des personnes concernées que, dès la fin de la journée et la nuit, elles se préparent à éviter d'aller aux toilettes, par exemple en évitant toute consommation inutile de boisson de nature à en provoquer le besoin). La nécessité d'aller aux toilettes pendant la nuit doit être justifiées pour des raisons de santé (CCA ch. 4074). f) Le besoin d'aide est déterminé par domaine et par jour (CCA ch. 4102). Pour convertir le besoin d'aide par jour et par domaine en besoin d'aide mensuel par domaine, on multiplie le besoin d'aide quotidien par 365 et on divise par 12 (CCA ch. 4103). Le nombre d'heures à prendre en compte pour la contribution d'assistance n'est pas illimité, mais soumis à des plafonds. L'art. 39 e al. 2 let. a ch. 1 à 3 RAI prévoit qu'en cas d'impotence faible, le nombre maximal d'heures mensuelles à prendre en compte pour la détermination du besoin d'aide est de 20 heures par actes ordinaires de la vie retenu lors de la fixation de l'allocation pour impotent (cf. consid. 4b supra). Toutefois, ce calcul n'est pas possible pour certains handicaps, parce que la naissance du droit à une allocation pour impotent n'est pas liée à une limitation déterminante dans les six actes ordinaires et il convient d'appliquer une règle

de calcul particulière. Ainsi, pour les personnes qui ont droit à une allocation pour impotence faible en raison d'un besoin de surveillance personnelle permanente (art. 37 al. 3, let. b, RAI), on prend en compte au maximum 40 heures par mois dans les domaines Actes ordinaires de la vie, Ménage et Loisirs (CCA ch. 4090). Seule la valeur la plus basse entre le besoin d'aide et le plafond est retenue et constitue le besoin d'aide reconnu (CCA ch. 4104). De ce montant doivent être déduites les autres prestations de l'AI et celles prises en charge par l'assurance-maladie. En effet, selon l'art. 42 sexies al. 1 let. a et c LAI, le temps nécessaire aux prestations relevant de l'allocation pour impotent visée aux art. 42 à 42 ter LAI et la contribution aux soins fournie par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 25a LAMaI sont déduits. Pour calculer le temps couvert par l'allocation pour impotent, on divise son montant par le tarif horaire standard de la contribution d'assistance, soit 32 fr. 90 (CCA ch. 4107 ; cf. art. 39 f al. 1 RAI [dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017]).

4. En ce qui concerne la preuve, 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. 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 139 V 176 consid. 5.3 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b). Il n'existe pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; ATF 126 V 319 consid. 5a).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante vit à domicile et qu'elle est au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen en raison de son besoin d'aide pour trois actes ordinaires de la vie et de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie nécessaire, décision qu'elle n'a au demeurant pas contestée. Elle a donc droit à une contribution d'assistance au sens de l'art. 42 quater al. 1 LAI. Il s'agit toutefois de s'assurer que le besoin d'aide calculé à ce titre est correct.

a) On relèvera à cet égard que le besoin d'aide a été calculé au moyen de l'instrument d'enquête standardisé FAKT2. Conformément à la jurisprudence citée ci-dessus (cf. consid. 3d supra), cet instrument est propre à établir tous les besoins d'aide de la personne assurée. Il convient par conséquent de se baser sur le rapport d'enquête FAKT pour évaluer le montant de la contribution d'assistance de la recourante.

b) En l'occurrence, dans l'enquête FAKT2, l'enquêtrice a retenu un besoin d'aide de degré 2 pour l'acte ordinaire de la vie de se vêtir/se dévêtir et un degré 1 pour les actes de « manger » et de « faire sa toilette ». Elle a en outre considéré que la recourante n'avait besoin d'aucune surveillance pendant la journée et qu'elle ne nécessitait en outre aucune prestation de nuit. L'OAI s'est basé sur ces conclusions pour calculer le montant de la contribution d'assistance. La recourante conteste le degré d'indépendance qui a été retenu par l'intimé dans le cadre du calcul de la contribution d'assistance pour les domaines des actes ordinaires de la vie quotidienne – et plus particulièrement les actes de se vêtir et se nourrir –, de l'éducation de ses enfants, ainsi que de la surveillance de jour et de nuit.

aa) La recourante soutient en premier lieu qu'un degré 3 aurait dû être retenu, tel que demandé dans le formulaire d'auto-déclaration, s'agissant de l'acte de se vêtir/se dévêtir. S'il est vrai que le degré 3 a été reconnu pour le sous-acte du choix des vêtements, c'est surtout en raison des difficultés de la recourante à

pouvoir les choisir, eu égard à ses troubles psychiques, et non en raison de sa capacité limitée à aller les chercher dans l'armoire en raison de sa paralysie partielle. Comme le relève l'enquêtrice dans ses déterminations du 24 avril 2017, ce degré 3 a été maintenu car l'intéressée est à même de participer un peu. Le degré 3, qui s'applique quand l'assuré ne peut participer que de façon minime aux différents actes, n'a en revanche pas été retenu s'agissant de l'acte de s'habiller et se déshabiller, car si la recourante nécessite de l'aide pour certains vêtements, elle demeure capable de mettre ou d'enlever une partie de ses habits, même avec lenteur. Dans la mesure où l'assurée n'a pas besoin d'être aidée pour la majorité de ses vêtements compte tenu de ses limitations, un degré 3 ne se justifie pas. Tel aurait été le cas s'il était seulement possible pour l'intéressée de se tenir debout pour s'habiller. Dans le cadre de l'enquête sur l'impotence du 13 avril 2015, l'enquêtrice a d'ailleurs relevé que bien que l'assurée a besoin d'aide pour enfiler les vêtements qui nécessitent les deux mains, elle portait souvent des tenues adaptées lui permettant de s'habiller en grande partie seule, ce qui a été confirmé par l'ergothérapeute. La recourante n'apporte au demeurant aucun autre élément de nature à remettre en cause les conclusions de l'OAI s'agissant du degré retenu – en l'occurrence le degré 2 – pour l'acte « se vêtir/se dévêtir ». bb) La recourante conteste également le degré d'indépendance retenu par l'OAI (degré 1) pour l'acte de « manger et boire », estimant qu'un degré 2 au moins se justifie compte tenu de ses difficultés à préparer un repas seule et surtout à couper les aliments dans son assiette. A cet égard, on relèvera qu'un besoin d'aide avait été initialement retenu pour l'acte de couper ses aliments dans le cadre de l'enquête sur l'impotence, l'enquêtrice relevant que la recourante mangeait seule à table mais nécessitait l'aide d'un tiers pour couper son repas en bouchées et précisant qu'elle ne pouvait pas couper seule les aliments durs, son membre supérieur droit n'ayant plus aucune motricité. Cela étant, il appert que l'assurée était capable de couper ses aliments à sa sortie du département de neuroréhabilitation du Centre hospitalier D._____ en janvier 2014 et que son autonomie sur ce point n'aurait pas été péjorée suite à l'aggravation de son état de santé survenue en juin 2014 (cf. avis du SMR du 17 juin 2015). S'il ne peut être dénié que la recourante rencontre des difficultés pour couper certains aliments, il n'en demeure pas moins qu'une aide ponctuelle, notamment pour hacher des morceaux de viande très durs, correspond au degré d'indépendance 1 tel que retenu par l'OAI. S'agissant de l'acte de manger, il ne saurait être retenu un degré d'aide supérieur à 1 dans la mesure où aucun besoin d'aide n'a été retenu à cet égard dans le cadre de l'allocation pour impotent. Les indications du Dr L._____ dans son rapport du 12 novembre 2017 eu égard à l'inaptitude de l'assurée à couper ses aliments, apparaissent insuffisantes pour remettre en cause les conclusions de l'OAI, puisqu'aucun élément objectif ne vient soutenir cette appréciation. cc) S'agissant de l'éducation des enfants, la recourante estime que le degré 1 retenu pour s'occuper de ses quatre enfants est insuffisant. L'intéressée soutient que la durée retenue est insuffisante, car elle correspondrait à moins de trois minutes par jour et par enfant. Cet argument ne saurait emporter la conviction. En effet, il ressort de la CCA que le besoin d'aide est calculé de la même façon quel que soit le nombre d'enfants dans le ménage (cf. CCA ch. 4036). Il convient également de relever qu'au moment de l'enquête à domicile, soit le 28 septembre 2016, les enfants aînés de la recourante étaient âgés de respectivement 17 et 15 ans. Il suit de là que le besoin pour ces enfants s'agissant de l'aide aux devoirs est limité, voire inexistant. Pour ce qui est des cadets, âgés alors de 10 et 7 ans, il n'est pas contesté que la recourante ne participe plus à l'aide aux devoirs, laquelle peut être assumée par les autres membres de la famille. Cela étant, il est relevé à plusieurs reprises que l'intéressée continue

de s'occuper de l'éducation de ses enfants, dans la mesure où elle discute avec eux. Le fait qu'elle ne puisse a priori pas tenir une conversation de fond n'apparaît à lui seul pas suffisant pour retenir un degré supérieur au degré 1. dd) Sur un autre plan, la recourante conteste qu'aucun besoin de surveillance durant la journée n'ait été retenu alors qu'elle avait indiqué dans le formulaire d'auto-déclaration qu'un tel besoin était nécessaire afin de la rassurer et de prévenir le risque de chute. On relèvera tout d'abord, à l'instar de l'intimé, que la surveillance pendant la journée n'avait pas été retenue lors de l'enquête effectuée en avril 2015 dans le cadre de l'allocation pour impotent. Cette enquête avait permis de démontrer que la recourante pouvait rester seule plusieurs heures durant l'absence de son mari et de ses enfants sans se mettre en danger. Le seul fait que la surveillance durant la journée n'ait pas été retenue dans le cadre de l'API – décision que l'intéressée n'a au demeurant jamais contestée – suffit déjà à admettre qu'elle n'avait pas à l'être dans le cadre du présent litige. En outre, et comme expliqué dans la note interne de l'OAI du 26 octobre 2017, l'enquêtrice s'est renseignée auprès de l'ergothérapeute et de l'ASSC. Tous les avis s'accordent pour conclure que la recourante est consciente de ses limitations et que le risque qu'elle se mette en danger est minime. La recourante ne fait enfin valoir aucun nouvel élément qui permettrait de retenir la notion de besoin de surveillance permanente durant la journée. Il sied à ce stade de relever que plusieurs des intervenants ont mis en exergue l'attitude précautionneuse de la famille de l'intéressée à son égard, alors qu'elle dispose encore de compétences et d'une certaine autonomie. En effet, alors que cette réserve avait déjà été mise en évidence dans le cadre de l'enquête API, elle l'a à nouveau été dans la communication interne du 26 octobre 2017. La décision de l'OAI s'agissant de la surveillance durant la journée n'apparaît dès lors pas critiquable. Il en va de même s'agissant des prestations de nuit. En effet, la recourante indique un besoin d'aide la nuit surtout pour aller aux toilettes. Or il ne suffit pas que l'assuré ne soit pas en mesure d'aller aux toilettes sans aide, puisque ce déplacement n'est pas vérifiable par l'office AI. La nécessité d'aller aux toilettes pendant la nuit doit être justifiée pour des raisons de santé, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En particulier, si le Dr L. _____ a confirmé la nécessité d'une surveillance de nuit (cf. certificat du 29 décembre 2016), il n'en a pas expliqué les raisons médicales. Il ne s'est pas non plus déterminé sur la question des massages dont l'intéressée dit avoir besoin avant de se déplacer. Il ressort au contraire de la communication interne à l'OAI que la recourante est en mesure d'aller aux toilettes seule et qu'en cas de nécessité, elle pourrait avoir recours à des moyens auxiliaires (chaise percée).

c) Au vu de ce tout ce qui précède, la décision de l'OAI, en tant qu'elle se fonde sur les conclusions de l'enquête FAKT2 pour les degrés de dépendance retenus, n'apparaît pas critiquable. d) La recourante n'a formulé aucun grief à l'encontre des calculs auxquels a procédé l'OAI pour arrêter le montant de la contribution d'assistance. Contrôlés d'office, ceux-ci apparaissent conformes et peuvent dès lors être confirmés. 6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient en l'espèce d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante qui succombe. c) Enfin, au vu de l'issue du litige, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 1^{er} mai 2017 par l'Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de G._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Christophe Oberson (pour G._____), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.