

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 janvier 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marc-Aurèle Vollenweider,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 9 et 66 al. 3 LPGA ; 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 17 août 2009 en qualité d'ouvrière auprès d'A._____. Le 14 mars 2016, elle a chuté sur le dos et l'épaule droite. Consultés le jour-même, les médecins de l'O._____ ont retenu les diagnostics de contusion de l'épaule droite et de contracture paravertébrale (cf. rapport du 14 mars 2016). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Le 9 juin 2016, le Dr X._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de chute avec traumatisme crânio-cérébral, de contusion cervicale et à l'épaule droite, de tendinobursite droite infiltrée le 19 mai 2016, d'hématome à la hanche droite, de troubles de l'équilibre, d'atteinte de la transmission auditive droite et d'otospongiose.

Dans un rapport du 11 juillet 2016, consécutif à des consultations des 6 juin et 24 juin 2016, le Dr E._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a fait état de troubles de l'équilibre persistants à la suite de la chute du 14 mars 2016. Il n'y avait pas de pathologie vestibulaire périphérique. Le Dr E._____ a joint un rapport du 20 juin 2016 établi par le Dr S._____, radiologue, faisant suite à un CT-scan cérébral et des rochers. L'examen s'était révélé dans les limites de la norme, sans signe radiologique en faveur d'une otospongiose. Un très discret épaissement des membranes tympaniques était mis en évidence.

Le 11 juillet 2016, l'assurée s'est rendue à la consultation d'otoneurologie du J._____ en raison de vertiges. Dans leur rapport du 25 juillet 2016, les Drs M._____ et G._____, oto-rhino-laryngologues, ont posé les diagnostics de vertiges d'origine indéterminée et de suspicion d'otospongiose droite. Ils ont expliqué que la patiente avait décrit l'apparition, une à deux semaines après la chute de mars 2016, de

vertiges rotatoires brefs de quelques secondes aux mouvements de tête, typiquement lorsqu'elle regardait vers le bas. Elle présentait une hypoacousie droite de longue date avec impression de péjoration depuis la chute. Le Dr E. _____ avait mis en évidence une atteinte de transmission droite.

L'assurée a repris le travail au cours de l'été 2016 avant d'être licenciée au 30 novembre 2016. Elle s'est inscrite au chômage dès le 1^{er} décembre 2016.

b) Par déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 23 mai 2017, la Caisse cantonale de chômage a annoncé une rechute de l'accident du 14 mars 2016, à la suite d'une incapacité de travail totale dès le 2 mai 2017 (cf. feuille-accident en annexe et rapport médical LAA pour rechute du 14 juin 2017 du Dr X. _____).

Dans un courrier du 23 mai 2017 au médecin traitant de l'assurée, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que les examens de l'épaule droite montraient une discrète instabilité acromio-claviculaire et une tendinopathie. Il a expliqué que des microtraumatismes avaient éventuellement participé à une décompensation lente de l'articulation acromio-claviculaire de cette épaule, dans un contexte de traumatisme.

Le 14 juin 2017, le Dr D. _____ a écrit au Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que la patiente souffrait d'une impotence fonctionnelle résiduelle au niveau de son épaule droite. Elle avait déjà subi deux infiltrations, lesquelles n'avaient apporté un soulagement que de très courte durée. Il demandait si une chirurgie pouvait aider la patiente.

Le 11 septembre 2017, le Dr V. _____ a répondu qu'il ne retenait pas d'indication chirurgicale. Il a diagnostiqué des scapulalgies droites post-traumatiques chroniques et des discrets troubles dégénératifs acromio-claviculaires droits. L'épaule droite avait une mobilité passive

complète. Activement, tous les mouvements étaient douloureux, principalement en flexion et en abduction. La coiffe des rotateurs était compétente mais la force était limitée par la douleur aussi bien en abduction qu'en rotation. La force de préhension au niveau de la main droite était également diminuée en raison des douleurs de l'épaule. Le Dr V. _____ a relevé que la patiente présentait une certaine auto-limitation dans les mouvements du membre supérieur droit.

Par décision sur opposition du 9 novembre 2017, la CNA a confirmé sa décision du 7 juillet 2017 mettant fin au versement des prestations au 1^{er} mai 2017. Elle a retenu que les troubles à l'épaule droite pour lesquels l'assurée était en incapacité de travailler depuis le 2 mai 2017 n'étaient pas dus à l'accident du 14 mars 2016. Elle s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie, lequel retenait que l'intéressée présentait de discrètes altérations de l'épaule droite d'allure dégénérative, que l'accident avait pu aggraver transitoirement. Le *statu quo sine* avait toutefois été atteint dans le courant de l'année 2016. L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

B. a) Par formulaire non daté reçu le 1^{er} décembre 2017, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de douleurs à l'épaule [droite]. Elle a précisé que cette atteinte existait depuis le 14 mars 2016 et qu'elle était due à un accident. Elle a indiqué avoir besoin de prestations d'aide médicale en lien avec la prise de médicaments, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie sous la forme de prestations d'aide pour lui permettre de vivre de manière indépendante - en lien avec les tâches ménagères - et de la présence d'un tiers pour éviter l'isolement.

A la demande de l'OAI, la CNA a transmis le dossier de l'assurée.

b) Le 10 décembre 2017, l'intéressée a également déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en invoquant son atteinte à l'épaule droite.

Par communication du 15 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce, ni de réadaptation d'ordre professionnel pour le moment. Il devait encore récolter des informations lui permettant d'examiner le droit aux prestations.

c) Par projet de décision du 6 juillet 2018, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande d'allocation pour impotent. Il a expliqué qu'il s'agissait d'un cas d'accident qui avait fait l'objet d'une décision [sur opposition] de la CNA le 9 novembre 2017.

Le 17 juillet 2018, l'assurée, par son conseil Me Marc-Aurèle Vollenweider, s'est opposée à ce projet en demandant la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur son recours en matière d'assurance-accidents.

Dans un rapport du 10 septembre 2018 à l'OAI, le Dr X. _____ a posé les diagnostics de chute avec traumatisme crânien simple en mars 2016, de contusions cervicales, à l'épaule droite et à la hanche droite, de troubles de l'équilibre et de vertiges. Il y avait une suspicion d'otospongiose, ainsi qu'une atteinte de transmission à l'oreille droite. Le Dr X. _____ a également fait état d'un syndrome dépressif de degré moyen. Selon lui, aucune activité n'était exigible. Les limitations fonctionnelles consistaient en des restrictions liées à la mobilité et à l'amplitude de l'épaule droite, avec un port de charge limité, ainsi que la nécessité d'un travail en position assise ou sécurisée en raison des vertiges et de la perte d'équilibre. Enfin, l'état dépressif réactionnel entraînait des troubles cognitifs et un ralentissement mental. En annexe, le Dr X. _____ a notamment joint les documents suivants :

- un rapport établi le 29 janvier 2018 par le Dr U._____, neurologue, relevant que la patiente se plaignait d'une faiblesse du membre supérieur droit ; à l'examen clinique neurologique, le spécialiste relevait des réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques, ainsi qu'une absence de trouble sensitif et d'amyotrophie musculaire ; l'examen de la motricité segmentaire était rendu difficile en raison d'une impotence fonctionnelle liée à la douleur et d'un manque de coopération de la patiente. L'examen électro-neuro-myographique était normal ;
- un rapport du 27 février 2018 du Dr Q._____, spécialiste en médecine nucléaire, relevant que la scintigraphie osseuse réalisée la veille se trouvait dans les limites de la norme et ne montrait aucun argument pour une algodystrophie du membre supérieur droit.

Le 24 janvier 2019, une collaboratrice de l'AI a soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) plusieurs questions en lien avec le rapport précité du Dr X._____. Elle a demandé, dans le cas où celui-ci ne permettait pas d'y répondre, quelle était la suite à donner à l'instruction sur le plan médical.

Par arrêt du 28 mai 2019, la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée à l'encontre de la décision sur opposition du 9 novembre 2017 de la CNA et l'a confirmée (CASSO AA 158/17 - 65/2019).

Par décision du 18 juillet 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent, en expliquant qu'il s'agissait d'un cas d'accident qui avait fait l'objet d'une décision [sur opposition] de la CNA le 9 novembre 2017. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI a indiqué qu'au vu de l'arrêt précité, il maintenait sa décision de refus.

C. Par acte du 11 septembre 2019, L._____, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une allocation pour impotent lui soit octroyée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause

à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a soutenu que la décision n'était pas motivée et que l'instruction menée se révélait lacunaire. Elle a joint un certificat médical établi le 13 août 2019 par le Dr X._____, posant les diagnostics de scapulalgies droites post-traumatiques chroniques, de troubles dégénératifs acromio-claviculaires droits, de vertiges indéterminés, d'otospongiose et d'hypoacousie droite. Il attestait une incapacité de travail totale pour maladie des suites de la chute accidentelle de 2016. La patiente souffrait de façon continue et permanente de son épaule droite, de vertiges, ainsi que de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive.

Dans sa réponse du 31 octobre 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

3. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante critique la motivation de la décision litigieuse, qu'elle considère comme lacunaire.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et

aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

b) En l'occurrence, dans la décision litigieuse, l'OAI a motivé le refus d'octroi d'allocation pour impotent en expliquant qu'il s'agissait d'un cas d'accident qui avait fait l'objet de la décision [sur opposition] du 9 octobre 2017 de la CNA.

S'agissant d'une demande d'allocation d'impotence se référant à une atteinte accidentelle, l'OAI était certes légitimé à attendre le sort de la procédure de l'assurance-accidents avant de rendre sa propre décision. Cependant, la simple mention de la décision sur opposition de la CNA pour valoir motivation de sa propre décision est insuffisante. Ceci d'autant plus que la décision sur opposition de la CNA et l'arrêt de la Cour de céans subséquent ne discutent absolument pas d'une éventuelle impotence, même si on peut en déduire que la CNA a implicitement refusé le droit à une telle allocation. La violation du droit d'être entendu peut néanmoins être considérée comme réparée dans le cadre de la présente procédure, la Cour de céans disposant d'un plein pouvoir d'examen.

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

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

impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3).

Selon l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance ; la naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI. Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que le droit à une allocation pour impotent suppose dans tous les cas l'expiration de la période d'attente d'une année à compter de la survenance de l'impotence, en application de l'art. 28 al. 1 let. b LAI par analogie (ATF 144 V 361).

b) Tant l'assurance-accidents (art. 26 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]) que l'assurance-invalidité (art. 42 LAI) prévoient pour les assurés qui en remplissent les conditions le droit à une allocation pour impotent.

Selon l'art. 66 al. 3 LPGA, les allocations pour impotents de l'assurance-accidents sont versées exclusivement et prioritairement aux allocations pour impotents de l'assurance-invalidité. En cas d'impotence imputable uniquement à un accident, l'octroi d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité est ainsi clairement exclu par cette disposition.

c) L'art. 42 al. 6 LAI permet néanmoins au Conseil fédéral de régler la prise en charge par l'assurance-invalidité d'une contribution proportionnelle lorsque l'impotence n'est que partiellement imputable à un accident.

Faisant usage de cette délégation, le Conseil fédéral a édicté l'art. 39k RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). D'après cette disposition, si le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité peut prétendre par la suite une allocation pour impotent de l'assurance-accidents, la caisse de

compensation doit verser l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations. En effet, dans ce cas de figure précis, l'assurance-invalidité aurait dû poursuivre le versement de l'allocation pour impotent s'il n'y avait pas eu d'accident (voir également l'art. 38 al. 5 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon l'art. 39k al. 2 RAI, si le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'assurance-accidents voit le montant de cette prestation être augmenté pour une cause étrangère à un accident, la caisse de compensation doit verser à l'assureur-accidents tenu de verser les prestations le montant de l'allocation pour impotent que l'assurance-invalidité aurait dû allouer à l'assuré s'il n'avait pas été victime d'un accident (TF 9C_281/2014 du 1^{er} juillet 2014 consid. 4.2 ; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 90 ad art. 42 LAI ; sur l'ensemble de la question, Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] concernant l'allocation pour impotent de l'AVS/AI s'agissant des cas d'impotence consécutive à un accident).

5. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la requérante à une allocation pour impotent requise en raison d'une atteinte à la santé consécutive à un accident. Dans sa demande, reçue le 1^{er} décembre 2017 par l'OAI, l'assurée a uniquement fait état de troubles à l'épaule [droite]. Des affections au plan psychique n'ont été mentionnées pour la première fois que le 10 septembre 2018 par le Dr X._____. Ainsi, si la requérante présente de telles atteintes, il lui incombe de déposer une nouvelle demande d'allocation d'impotence en lien avec celles-ci, sous peine d'éluider le délai de carence d'une année à compter de la survenance de l'impotence (cf. consid. 4a supra).

6. Au terme de la procédure en matière d'assurance-accidents, le constat a été posé que la symptomatologie de l'épaule droite devait être considérée comme dégénérative, à tout le moins depuis le 1^{er} mai 2017 (cf. décision sur opposition du 9 novembre 2017 de la CNA et arrêt AA 158/17 - 65/2019 précité consid. 5).

Ceci a pour corollaire que si le droit à une allocation d'impotence fondée sur la LAA était implicitement exclu, l'OAI devait alors, en présence d'une atteinte dégénérative, de surcroît antérieure à l'accident, examiner le droit à l'allocation d'impotence sous l'angle de la LAI. L'OAI n'a pas procédé à une telle analyse. Toutefois, le renvoi à l'OAI pour instruction ne s'impose pas, les pièces au dossier permettant de statuer.

7. a) Selon l'art. 37 al. 1 RAI, 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.

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) Le besoin de soins permanents ne se réfère pas aux actes ordinaires de la vie, mais comprend des prestations d'aide médicale ou infirmière qui sont nécessaires en raison de l'état physique ou psychique de l'assuré et qui sont prescrites par un médecin. Les soins permanents ou les prestations d'aide médicale ou infirmière comprennent par exemple l'administration quotidienne de médicaments ou la nécessité de faire un pansement chaque jour (ATF 107 V 136). Le fait d'accompagner le patient lorsqu'il se rend chez le médecin ou se déplace pour une thérapie ne peut pas être pris en compte au titre des soins (ch. 8032 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, édictée par l'OFAS]).

c) L'art. 38 al. 1 RAI dispose que 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). Selon l'alinéa 3, n'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1.

L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique (ch. 8040 CIIAI).

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).

La nécessité de l'assistance d'un tiers pour la réalisation des tâches ménagères peut justifier à elle seule la reconnaissance du besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (sous l'angle de l'art. 38 al. 1 let. a RAI). La nécessité de l'aide apportée par une tierce personne doit être examinée de manière objective, selon l'état de santé de l'assuré concerné, indépendamment de l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; seul importe le point de savoir si, dans la situation où il ne dépendrait que de lui-même, cet assuré aurait besoin de l'aide d'un tiers. L'assistance que lui apportent les membres de sa famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage - principe général valant en matière d'assurances sociales - et ne doit être examinée que dans une seconde étape. Si la question de savoir comme s'organiserait cette communauté familiale dans le cas où elle ne devait pas percevoir de prestations d'assurance est certes importante, l'aide exigible ne doit pas devenir

excessive ou disproportionnée (TF 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4 et les références).

8. a) En l'espèce, dans sa demande d'allocation pour impotent, la recourante a tout d'abord indiqué qu'elle avait besoin de prestations d'aide médicale, sous la forme de prise de médicaments.

Toutefois, dans le cadre des allocations pour impotent, il n'y a lieu de tenir compte de l'aide pour les soins que dans deux cas particuliers. D'une part, en lien avec un besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie, auquel cas l'assuré présente une impotence grave s'il a, en outre, besoin de soins permanents ou d'une surveillance personnelle (cf. art. 37 al. 1 RAI). D'autre part, lorsqu'il existe un besoin permanent de soins particulièrement astreignants, propre à donner droit à une allocation pour impotent de degré faible (cf. art. 37 al. 3 let. c RAI). En l'occurrence, aucune de ces situations n'est réalisée. La recourante n'a pas besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie, ce qu'elle a d'ailleurs elle-même indiqué dans sa demande d'allocation pour impotent. Les soins qu'elle nécessite ne peuvent en outre être qualifiés de particulièrement astreignants. Pour le surplus, la prise de médicament pour les douleurs à l'épaule ne suppose notoirement pas l'aide d'autrui en présence d'une atteinte somatique telle que présentée par la recourante. Celle-ci n'a au demeurant pas mentionné, sur le formulaire de demande de prestations, quelle personne lui apporterait cette aide.

b) L'assurée soutient encore avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. En premier lieu, sous la forme de prestations d'aide pour lui permettre de vivre de manière indépendante (cf. art. 38 al. 1 let. a RAI), en lien avec les tâches ménagères, et en second lieu par la présence d'un tiers pour éviter l'isolement (cf. art. 38 al. 1 let. c RAI).

Cependant, les éléments du dossier ne permettent pas d'admettre de tels besoins.

Tout d'abord, le résultat des examens cliniques effectués par les différents médecins consultés démontre que les atteintes somatiques n'imposent pas un besoin d'aide régulier pour permettre à l'assurée de vivre de manière indépendante. S'agissant de l'épaule droite, le Dr V._____ décrit des douleurs entraînant une force limitée, également au niveau de la main droite. Il relève cependant une certaine autolimitation de la patiente dans les mouvements du membre supérieur droit (cf. rapport du 11 septembre 2017). Si l'examen de la motricité segmentaire effectué par le Dr U._____ était rendu difficile en raison d'une impotence fonctionnelle liée à la douleur et d'un manque de coopération de la patiente, ce spécialiste a néanmoins fait état d'une absence de trouble sensitif et d'amyotrophie musculaire, de réflexes ostéo-tendineux symétriques, et d'un examen électro-neuro-myographique normal (cf. rapport du 29 janvier 2018). Le Dr X._____ a pour sa part retenu des limitations fonctionnelles consistant en des restrictions de la mobilité et de l'amplitude de l'épaule droite, et un port de charge restreint (cf. rapport du 10 septembre 2018). Les douleurs et les limitations ainsi mises en évidence n'empêchent pas la recourante d'assumer une grande partie des tâches ménagères, même si elle est droitrière. Les activités particulièrement astreignantes pour cette épaule, par exemple le changement de la literie, ne sont certes plus possibles, mais elles n'impliquent pas un besoin d'aide qui atteindrait le seuil minimal requis de deux heures par semaine (cf. consid. 6c supra). Les vertiges rotatoires brefs de quelques secondes apparaissant lors de certains mouvements de la tête, décrits par les Drs M._____ et G._____ dans leur rapport du 25 juillet 2016 et évoqués par le Dr X._____ le 10 septembre 2018, n'entraînent quant à eux aucun empêchement ménager. La recourante n'a d'ailleurs même pas mentionné ces vertiges ou des pertes d'équilibre dans sa demande d'allocation pour impotent. Enfin, il sied de rappeler à ce stade que l'assurée a l'obligation de diminuer le dommage par le biais de l'aide sollicitée auprès des membres de sa famille. En l'occurrence, cette aide, pour les travaux ménagers lourds impliquant l'usage de l'épaule droite, ne constituerait pas une charge disproportionnée pour ces derniers et est raisonnablement exigible de leur part.

Par ailleurs, il n'y a pas lieu de parler d'isolement si, notamment, l'assuré entretient une relation avec un partenaire (ch. 8052.2 CIIAI). En l'occurrence, la recourante est mariée et vit avec son époux. Le couple a en outre trois enfants, majeurs au moment de la décision litigieuse, dont certains vivent encore dans le foyer familial. L'assurée ne présente ainsi aucun risque d'isolement au sens de la législation applicable.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

9. Outre la demande d'allocation pour impotent, la recourante a déposé, le 10 décembre 2017, une requête tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente. Après avoir examiné l'opportunité de mesures d'intervention précoce et de réadaptation professionnelle, l'OAI s'est procuré plusieurs rapports médicaux. Par la suite, le 24 janvier 2019, un collaborateur de l'OAI a transmis un mandat au SMR comportant plusieurs questions. Celles-ci sont demeurées sans réponse à ce jour et aucune autre démarche n'a été entreprise. Il incombera donc à l'OAI de poursuivre l'instruction en la matière.

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 18 juillet 2019 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 L._____.

- 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 Marc-Aurèle Vollenweider (pour L._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :