

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 septembre 2024

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
Mme Durussel et M. Wiedler, juges  
Greffière : Mme C. Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 37 al. 3 et 38 al. 1 RAI ; 29 al. 2 Cst.**

**E n f a i t :**

**A. a)** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], employée à M.\_\_\_\_\_, a été victime d'un accident de voiture, le 22 octobre 2010, sur la voie publique lors duquel, après une collision frontale avec une autre automobiliste, les airbags du véhicule qu'elle conduisait ont éclaté.

**b)** Le cas a été annoncé à la [...] le 2 novembre 2011, au moyen d'une déclaration d'accident-bagatelle mentionnant une atteinte au niveau du crâne. Dans ce contexte, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que cette dernière souffrait d'acouphènes persistants séquellaires à l'accident précité et tolérait très mal les environnements trop sonores, ceux-ci déclenchant des maux de tête ainsi qu'une sensation de vertiges (cf. attestation médicale du 18 avril 2012). L'intéressée, quant à elle, a précisé avoir commencé à entendre des sifflements deux jours après l'accident (cf. questionnaire du 20 septembre 2012). Le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, médecin chef au Service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) du N.\_\_\_\_\_ (ci-après : le N.\_\_\_\_\_), a, pour sa part, conclu à un acouphène chronique post-traumatique perturbateur et à un trouble anxio-dépressif (cf. rapport du 15 juillet 2013). Cette procédure s'est soldée par un refus de prise en charge s'agissant des troubles subjectifs ressentis sous forme d'acouphènes (cf. décision du 16 juin 2014, confirmée par décision sur opposition le 21 août 2014).

**B. a)** Entre-temps, le 12 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), des suites de l'accident précité. Dans ce contexte, elle a notamment précisé qu'elle était employée à M.\_\_\_\_\_ depuis 1990, initialement au tri du courrier et dès 2010 au traitement du courrier endommagé.

**b)** D'un rapport établi le 2 décembre 2013 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, il est résulté que l'assurée -

employée dans un premier temps au tri du courrier puis, après réadaptation par l'employeur, au traitement des courriers endommagés dans un local sans bruit - était très démonstrative et excessivement théâtrale et qu'elle démontrait des pertes de l'équilibre de façon répétitive.

Par rapport du 4 décembre 2013, le Dr X. \_\_\_\_\_ et la Dre D. \_\_\_\_\_, médecin-assistante au Service ORL du N. \_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic incapacitant d'acouphène neurosensoriel chronique post-trauma depuis 2010. Pour ces médecins, l'activité exercée était encore exigible selon un degré à rediscuter en fonction de la gêne de la patiente. Ils ont par ailleurs préconisé une place de travail au calme, dans une activité uniquement en position assise, sans travail avec les bras en-dessus de la tête, sans rotation en position assise ou debout, sans soulever et porter, et sans monter sur une échelle ou un échafaudage ; ils ont ajouté que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance étaient limitées s'il y avait trop de bruit.

Le 3 mars 2014, l'assurée a produit copie d'un rapport d'expertise établi le 3 septembre 2013 par la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL, sur mandat de [...]. Aux termes de son compte-rendu, l'experte diagnostiquait des acouphènes chroniques bilatéraux post-traumatiques, avec gêne subjective très marquée perturbant la vie quotidienne tant sur le plan privé que professionnel. Pour la Dre B. \_\_\_\_\_, la capacité de travail était et serait dépendante de l'évaluation psychiatrique. Elle proposait que l'intéressée reprenne son travail dans un contexte aménagé le moins bruyant possible à 50 %, puis qu'elle augmente progressivement le temps de travail en fonction de l'évaluation globale.

Par rapport du 5 mars 2014, le Dr C. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des acouphènes post-traumatiques avec atteinte de l'humeur secondaire, depuis le 22 octobre 2010. Il a indiqué que l'incapacité de travail était totale dès le 30 août 2013 dans l'activité habituelle et que demeurerait exigible une activité exercée dans différentes positions, principalement en

marchant et sans monter sur une échelle ou un échafaudage ; il a ajouté que les capacités de concentration et d'adaptation étaient limitées.

**c)** En date du 5 mars 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. L'office a considéré que l'intéressée disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (milieu calme), telle l'activité habituelle adaptée par l'employeur. Comparant ainsi le revenu auquel l'assurée aurait pu prétendre dans son activité de collaboratrice au service du tri du courrier avec celui qu'elle percevait désormais en tant que collaboratrice au courrier endommagé, l'OAI a arrêté le taux d'invalidité à 12 % - soit un taux ne donnant droit ni une rente d'invalidité, ni à un reclassement professionnel.

Par courrier du 28 mai 2014, l'assurée a contesté le projet précité et produit une déposition écrite du 26 mai 2014 émanant de [...], connaissance et voisine.

Dans un rapport du 17 juin 2014, le psychologue K.\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assurée depuis le 2 février 2012. Il a en particulier exposé qu'à la suite de l'accident du 22 octobre 2010, l'intéressée avait développé un état dissociatif, un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques (sévérité modérée), la patiente présentant également quelques traits de personnalité immature et obsessionnelle.

**d)** Sur mandat de l'OAI, une expertise a été réalisée à la H.\_\_\_\_\_ (ci-après : la H.\_\_\_\_\_ ) par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, S.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport y relatif établi le 28 juin 2016, les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, Q.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic incapacitant d'acouphènes chroniques (H93.1) et signalé les atteintes sans impact sur

la capacité de travail d'hypoacousie modérée post-traumatique (H91.9) et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F43.3) avec état dysthymique (F34.1). Quant à la capacité résiduelle de travail, elle était jugée entière dans un poste de travail sans exposition au bruit, comme celui proposé par M. \_\_\_\_\_ depuis 2010.

Le volet neurologique de l'expertise avait plus particulièrement la teneur suivante :

« **Appréciation**

[...]

Objectivement, on peut mettre en évidence une instabilité à la marche, très fluctuante, atypique et indiscutablement de nature fonctionnelle. En effet, le déséquilibre est intermittent, et spontanément, l'assurée est toujours déviée vers le mur le plus proche. Lors des épreuves debout et d'équilibre, elle reste longtemps dans la même position, semble se concentrer, mais ne chute pas, et ceci est particulièrement relevant lors de l'épreuve de la marche en funambule, durant laquelle l'assurée reste de manière assez prolongée un pied devant l'autre, sans oscillation, ni latéropulsion.

Pour le reste, le statut est normal. En particulier, il n'y a pas de signe vestibulaire, de signe en faveur d'une myélopathie ou d'une atteinte périphérique à caractère proprioceptif.

**Au total, on retiendra chez cette assurée une instabilité à la marche de nature fonctionnelle. D'un strict point de vue neurologique, il n'y a donc pas de diagnostic, ni avec, ni sans répercussion sur la capacité de travail. »**

Il ressort, en outre, ce qui suit du volet otoneurologique de l'expertise :

« **Conclusions**

On peut parfaitement admettre que *l'atteinte auditive et les acouphènes* qui en résultent sont consécutifs à l'accident. Il n'est pas rare que l'acouphène résultant d'un souffle comme celui créé par le déploiement des airbags ne surviennent que plusieurs heures après l'événement causal. Selon les tables CPT/AMA, le déficit auditif est de 5.2 % à droite et de 6.8 % à gauche, ce qui ne représente aucune atteinte à l'intégrité corporelle. Quant à l'acouphène, il peut être considéré comme grave à très grave, représentant une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 %. Par contre, *les troubles de l'équilibre* ne peuvent être mis sur le compte d'un désordre vestibulaire, ni périphérique, ni central. J'ai d'ailleurs indiqué à la patiente que, pour moi, ses troubles de l'équilibre résultaient de l'imaginaire.

Un psychiatre pourra indiquer si un tel désordre peut être consécutif à un trouble post-traumatique ou non. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité qu'on puisse attribuer à un trouble vestibulaire objectivable. »

Quant au volet psychiatrique de l'expertise, il comportait les conclusions suivantes :

« **Discussion**

[...]

Ce qui frappe en premier lieu lorsque l'on rencontre l'expertisée est une discordance de la présentation clinique. En effet, bien que l'expertisée exprime son mal-être avec emphase, on se trouve face à une expertisée souriante, non ralentie sur le plan psychomoteur, qui se montre rapidement revendicatrice dans ses propos vis-à-vis du monde médical, notamment par rapport à sa prise en charge hospitalière, consécutive à un accident de voiture. Cette insatisfaction quant à la perception des soins reçus doit être prise en compte comme un facteur susceptible d'amener une péjoration des plaintes.

La question de l'état de stress post-traumatique sera discutée de la façon suivante. Habituellement, ce genre de sujet se présente sous un tableau clinique bien différent, à savoir une retenue et une méfiance dans le contact clinique, ce qui n'est pas observé dans la situation de Madame T.\_\_\_\_\_. Au contraire, l'expertisée est ouverte, souriante, elle ne décrit pas l'éroussement émotionnel caractéristique des états de stress post-traumatiques. Par ailleurs, son discours est fluctuant souvent inductible par rapport aux questions posées. Lorsqu'on demande initialement à l'expertisée de décrire quelles sont les pensées récurrentes durant la journée, l'expertisée signifie d'abord qu'il s'agit de préoccupations centrées autour de ses acouphènes, ce qui peut déboucher sur des idées noires ou suicidaires fugaces (se jeter de son balcon). Par contre, lorsqu'elle est ensuite interrogée de façon plus dirigée sur des pensées ou préoccupations en lien avec son accident, l'expertisée y répond par l'affirmative, inductibilité qui nécessite de relativiser les plaintes. Toujours à l'opposé d'un état de stress post-traumatique, l'expertisée ne décrit aucun cauchemar récurrent de son accident, qu'il soit répliatif ou semi-répliatif. L'expertisée ne décrit pas formellement de phénomène de reviviscence, bien qu'elle exprime une anxiété lorsqu'elle se trouve en voiture et qu'un autre véhicule s'approche d'elle. L'expertisée ne décrit pas non plus d'évitement systématique de toute image ou scène lui rappelant son accident. Elle déclare par contre qu'elle évite souvent d'en parler. Elle ne décrit pas non plus de sursaut ou d'état d'hypervigilance permanent, les plaintes étant avant tout focalisées sur son irritabilité consécutive aux acouphènes. Par ailleurs, l'expertisée ne décrit aucune perte d'intérêt et aucun éroussement émotionnel vis-à-vis de ses proches, caractéristiques que l'on devrait observer dans les états de stress post-traumatique. L'expertisée ne décrit en outre aucune difficulté de concentration. Elle reste en mesure de lire des ouvrages élaborés. Interrogée spécifiquement sur l'état de dépersonnalisation qui est mentionné par son psychologue, l'expertisée ne décrit pas qu'elle se sentait robotisée ou dans un

état de rêve après l'accident. Elle a certes été choquée, ce que l'on peut bien imaginer consécutivement à un accident de cette nature. Toutefois, elle ne décrit pas un état de dissociation péri-traumatique qui aurait duré après son accident. Le discours de l'expertisée est rapidement centré sur ses souvenirs de l'hôpital, avec un sentiment de frustration et de colère qui reste dominant par rapport à un potentiel sentiment de dépersonnalisation.

Par ailleurs, afin de tenter d'opérationnaliser un éventuel diagnostic de PTSD, une échelle PCL-S a été administrée, qui donne des résultats en-dessous du seuil admis des sujets qui souffrent d'un état de stress post-traumatique constitué. Pour toutes ces raisons, j'estime que le diagnostic de stress post-traumatique ne doit pas être retenu dans cette situation.

Sur le plan de l'épisode dépressif sévère qui est mentionné dans le dossier, je n'en retrouve pas non plus les caractéristiques. L'expertisée se présente comme une femme souriante, qui décrit une tristesse modérée, consécutive à des acouphènes. Elle mentionne un plaisir conservé, de même que l'intérêt pour ses proches. Il n'y a aucune idée de dévalorisation ou de culpabilité, le discours de l'expertisée étant au contraire projectif (à son avis, c'est l'extérieur qui est responsable de tous ses problèmes). L'appétit est conservé, l'expertisée ne rapporte aucune perte pondérale. Le sommeil est perturbé par les acouphènes. L'expertisée décrit de légères difficultés de concentration, qui n'apparaissent pas de façon fiable et valide : l'expertisée mentionne des lectures complexes (philosophie) et les épreuves cognitives du status AMDP sont correctement effectuées, à l'exception d'une épreuve de calcul qui [a] été échouée, probablement plus en raison du degré d'anxiété lié à l'entretien psychiatrique qu'en raison d'un abaissement de ses capacités cognitives. Par ailleurs, sur une échelle psychométrique de dépression, avec un score MADRS à 15/60, les symptômes dépressifs restent d'intensité légère à très légère, en tenant compte de tendance à la majoration. Par conséquent, si l'on tient compte des légères fluctuations d'humeur de l'expertisée, sans tableau dépressif constitué, un diagnostic de dysthymie peut être retenu. Il s'agit de fluctuations légères de l'humeur, qui ne comportent pas un caractère incapacitant.

Se pose ensuite la question d'un éventuel trouble somatoforme. Si l'on estimait que, sur le plan somatique, l'entier des plaintes de l'expertisée n'était pas explicable, notamment la question des vertiges et des chutes, pourrait se poser la question d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme. On pourrait ranger dans ce diagnostic la partie des plaintes de l'expertisée qui s'écartent d'un modèle biomédical, le tout dans un contexte émotionnel particulier, caractérisé par des sentiments de frustration et de préjudice par rapport à la prise en charge de son accident. L'expertisée ne signale aucun autre facteur de stress émotionnel. Selon le descriptif de la CIM-10, on se trouverait face à des plaintes concernant une hyperactivité neurovégétative, avec la présence de plaintes subjectives que le sujet attribue à un organe ou à un système spécifique, ce qui génère des préoccupations et des craintes quant à la présence possible d'une maladie grave de l'organe ou du système désigné, non soulagées par les explications et les propos rassurants et répétés des médecins.

Se pose dans cette hypothèse la question de l'aspect incapacitant ou non d'une atteinte apparentée au trouble somatoforme.

**En ce qui concerne le degré de gravité fonctionnelle et le complexe atteinte à la santé,** les éléments pertinents pour discuter des différents diagnostics ont été exposés plus haut. On doit encore retenir ici qu'il existe chez l'expertisée une attitude sous-tendue par des sentiments de frustration et de revendication, par rapport à sa prise en charge médicale. Ces caractéristiques sont retrouvées chez de nombreux sujets qui évoluent vers une majoration des plaintes, qualifiée auparavant de « névrose de rente ». Les plaintes sont exprimées de façon assez démonstrative, avec des discordances et une inductibilité. Bien que l'expertisée décrive d'importantes limitations dans son quotidien, il faut tenir compte dans ce genre de situation de comportements d'autolimitation.

**En ce qui concerne le succès du traitement ou de résistance à cet égard,** il n'y a pas d'élément susceptible de démontrer un manque d'adhésion à une prise en charge médicale, considéré sous l'angle psychologique. L'expertisée bénéficie toujours d'un accompagnement thérapeutique. Elle a bénéficié par le passé d'une médication psychotrope, qui a été ajustée avec le temps, avec notamment une diminution de ses somnifères. Au vu du status psychiatrique actuel, on ne peut considérer qu'il s'agit de troubles psychiatriques graves et décompensés, qui ne peuvent plus être traités médicalement.

**Le dossier ne recense pas d'élément concernant une éventuelle réadaptation ou résistance à cet égard,** cette démarche n'ayant pas été entreprise consécutivement à son accident.

**En ce qui concerne les comorbidités,** bien qu'elles ne soient plus considérées comme étant prioritaires pour juger de l'aspect incapacitant, il faut considérer que l'expertisée ne souffre pas d'un état dépressif grave et décompensé, tel qu'avancé dans le dossier. Il n'y a pas non plus d'évidence pour un état de stress post-traumatique. La dysthymie est la plupart du temps associée aux pathologies psychosomatiques, que l'on considère des douleurs ou d'autres symptômes neurovégétatifs, comme c'est le cas de l'assurée. La dysthymie n'est pas une affection psychiatrique suffisamment grave pour être incapacitante.

**En ce qui concerne le complexe lié à la personnalité,** on doit considérer qu'avant son accident, l'expertisée disposait de relations interpersonnelles équilibrées, sans indice qui orienterait vers une pathologie fixée de la personnalité. Durant son enfance et son adolescence, l'expertisée décrit un climat favorable. Il n'y a aucun signe psychopathologique précoce. La vie professionnelle de l'expertisée aurait toujours été caractérisée par de bonnes ressources, que ce soit sur le plan intellectuel ou relationnel. On ne constate par ailleurs aucun traumatisme affectif ou sexuel antérieur qui aurait gravement déstabilisé la construction de la personnalité de Madame T.\_\_\_\_\_.

**En ce qui concerne le complexe lié au contexte social**, bien que l'expertisée décrive une raréfaction de ses liens et contacts sociaux, il faut tenir compte d'une attitude de passivité et de majoration, avec des comportements d'autolimitation. L'expertisée reste en mesure d'entretenir une relation sentimentale. Elle conserve des liens d'amitié. Elle ne mentionne aucune anhédonie, il n'y a pas d'émoussement affectif qui découlerait d'une grave pathologie psychiatrique. Les ressources pour établir de meilleurs contacts sociaux sont présentes.

**Au sujet des facteurs de cohérence**, sur le plan strictement psychiatrique, il n'est pas possible de retenir une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie qui découlerait d'une affection psychiatrique grave et décompensée. L'expertisée, en l'absence d'une dépression grave ou d'un état de stress traumatique constitué, dispose des ressources pour investir de façon plus importante la réalité sociale et professionnelle. Des facteurs motivationnels entrent en jeu dans la chronification de l'expertisée, avec notamment l'enkystement dans une position d'insatisfaction par rapport aux soins reçus, facteurs qui entrent en jeu dans cette mauvaise évolution.

Dans ce contexte, sur le plan psychiatrique, **le poids des souffrances alléguées par l'expertisée** mérite d'être relativisé, et ne découle pas d'un tableau clinique cohérent.

Au vu de ce qui précède, je ne peux retenir une ou plusieurs affections psychiatriques susceptibles de générer des limitations fonctionnelles et une baisse de la capacité de travail. On rappellera ici que les troubles psychiatriques graves s'accompagnent de troubles de la pensée, d'une sidération des processus cognitifs et émotionnels, ce qui n'est pas observé dans la situation de l'expertisée. Dans une activité adaptée, j'estime donc que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est et a toujours été entière. »

**e)** Se prononçant le 18 juillet 2016, les Drs V.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), ont suivi les conclusions des experts précités.

Aux termes d'un courrier du 16 novembre 2016 rédigé par son conseil, l'assurée a critiqué les conclusions du rapport d'expertise du 28 juin 2016.

Par avis médical SMR du 1<sup>er</sup> décembre 2016, les Drs V.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont maintenu les conclusions de l'expertise de la H.\_\_\_\_\_.

**f)** Par décision de 26 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet du 5 mars 2014 dont il a repris la motivation.

**g)** Le 21 février 2017, l'assurée a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : la CASSO).

Dans ce contexte, l'intéressée a notamment produit un courrier de M. \_\_\_\_\_ du 27 mars 2012 évoquant un conflit interpersonnel grave et des mesures de réorganisation entreprises dans ce cadre. Elle a également transmis un compte-rendu du 27 avril 2017 du psychologue K. \_\_\_\_\_, exposant que les aspects traumatisants, l'état de dépersonnalisation et l'épisode dépressif majeur avaient pu être traités, mais soulignant l'absence de contextualisation dans les évaluations. Enfin, l'assurée a versé en cause une attestation médicale du 3 mai 2017 du Dr C. \_\_\_\_\_, relevant en particulier qu'il appartenait aux experts de déterminer la source des symptômes vertigineux et qu'en raison d'incertitudes sur les séquelles de l'accident (composante vertigineuse) et de contradictions entre les experts, une nouvelle expertise se justifiait.

Statuant par arrêt du 12 décembre 2017 (CASSO AI 60/17 - 360/2017), la juridiction cantonale a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 26 janvier 2017. Sur le plan somatique, le Tribunal a considéré qu'il y avait lieu de suivre les conclusions des experts de la H. \_\_\_\_\_ et plus particulièrement des experts P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, dont les Drs X. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ se rapprochaient du reste ; quant au Dr C. \_\_\_\_\_, il n'avait apporté aucun élément infirmant ces conclusions. Sous l'angle psychique, la Cour a retenu qu'aucun des avis médicaux au dossier ne jetait le doute sur l'évaluation des médecins de la H. \_\_\_\_\_, singulièrement de l'expert Z. \_\_\_\_\_. Pour la juridiction cantonale, l'expertise susdite devait donc se voir reconnaître pleine valeur probante, tant sur la question de l'état de santé de l'assurée que sur celle de sa capacité résiduelle de travail ou sur le fait que son activité au sein du service des courriers endommagés - dont il importait peu qu'elle ait débuté en 2010 et 2012 - était adaptée. Sur cette base, la juridiction cantonale a conclu que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (sans exposition au bruit), à l'instar du poste qu'elle occupait au traitement des courriers endommagés. Le calcul

de la perte de gain n'étant globalement pas critiquable, la Cour a retenu que le degré d'invalidité de l'intéressée était largement inférieur à 20 % et ne lui permettait de prétendre ni à une rente d'invalidité, ni à une mesure de reclassement.

Cet arrêt, expédié aux parties le 14 décembre 2017, n'a fait l'objet d'aucun recours.

**C.**           **a)** Par acte du 9 avril 2019, T.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé devant la Cour des assurances sociales une requête en révision de l'arrêt cantonal du 12 décembre 2017, concluant principalement à la réforme de cet arrêt et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins avec une rente complémentaire pour enfant avec effet au mois de mars 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, la requérante invoquait un fait nouveau important sous la forme d'un rapport établi le 23 février 2019 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

**b)** Dans son rapport du 23 février 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_ a fait état de diagnostics sous forme de traumatisme acoustique avec acouphènes chroniques et hypoacousie, d'entorse cervicale de grade I, de syndrome post-commotionnel modéré, de syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles somatoformes. Sur cette base, il a estimé que des mesures de réinsertion professionnelle devaient être mises en œuvre à un taux initial de 50 % au maximum dans un milieu adapté, aux fins de déterminer ultérieurement la capacité de travail effective.

**c)** La requérante a également joint à sa demande un rapport du 12 juillet 2018 émanant de la Prof. L.\_\_\_\_\_, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du N.\_\_\_\_\_, et des psychologues BC.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_. Celles-ci y rappellent les diagnostics retenus par les médecins de la H.\_\_\_\_\_ et se réfèrent à un examen du 14 mai 2018 ayant montré des performances modérément insuffisantes (sur les plans mnésique, exécutif et attentionnel) s'inscrivant

de manière prépondérante dans le contexte des troubles psychiques connus. En complément, elles évoquent des performances mnésiques, exécutives et attentionnelles insuffisantes chez une patiente collaborant dans la mesure de ses possibilités, l'épreuve de validité des symptômes étant toutefois déficitaire et ne permettant pas d'exclure une étiologie fonctionnelle des troubles observés. Elles estiment que l'intensité modérée à sévère des perturbations cognitives observées est faiblement compatible avec une autonomie pour les activités de la vie quotidienne telle que décrite par l'assurée et sa fille.

**d)** Statuant par arrêt du 2 avril 2020 (CASSO AI 143/19 - 95/2020), la CASSO a rejeté la demande de révision déposée le 9 avril 2019 par la requérante. S'agissant des diagnostics d'acouphènes et d'hypoacousie, la Cour a constaté qu'ils avaient fait l'objet d'une analyse circonstanciée dans le cadre de la procédure antérieure (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2016 p. 12 et 19 ; CASSO AI 60/17 - 360/2017 précité consid. 6a/aa et bb) et que le Dr J.\_\_\_\_\_ ne faisait, à cet égard, mention d'aucun élément nouveau. Quant au syndrome de stress post-traumatique et aux autres troubles somatoformes retenus par le Dr J.\_\_\_\_\_, ils avaient déjà été examinés précédemment (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2016 p. 16 ss ; CASSO AI 60/17 - 360/2017 précité consid. 6b/aa et bb), examen ayant permis de réfuter l'existence d'un état de stress post-traumatique et de nier toute nature incapacitante à l'atteinte de la lignée somatoforme (soit un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme). Là encore, le Dr J.\_\_\_\_\_ ne mettait en évidence aucun élément qui aurait échappé aux experts. Les diagnostics d'entorse cervicale et de trouble post-commotionnel étaient, en revanche, évoqués pour la première fois dans le rapport du 23 février 2019 du Dr J.\_\_\_\_\_. S'agissant du premier, son existence apparaissait douteuse, dans la mesure où il était diagnostiqué pour la première fois après huit ans et qu'aucun des différents spécialistes précédemment consultés n'avaient décelé les signes d'une telle entorse. Quoi qu'il en fût, le Dr J.\_\_\_\_\_ ne retenait aucune limitation fonctionnelle en relation avec celle-ci si bien qu'elle ne constituait pas un motif de révision. Enfin, concernant le diagnostic de syndrome post-commotionnel, la Cour a relevé qu'il reposait

sur une motivation lapidaire ne contenant aucun développement objectif, le Dr J.\_\_\_\_\_ renvoyant exclusivement à des notions générales (la typologie du traumatisme) et aux plaintes subjectives de l'assurée (fatigue, fatigabilité accrue, troubles de la concentration/de l'attention, troubles de la mémoire, troubles du sommeil, vertiges, céphalées, phonophobie, irritabilité, angoisse et troubles thymiques). Dans ce contexte le Dr J.\_\_\_\_\_ avait encore mentionné des troubles cognitifs. Or une telle problématique avait également été adressée par les experts de la H.\_\_\_\_\_, lesquels avaient alors évoqué des plaintes au niveau de la concentration n'apparaissant pas de manière fiable et valide, le tout chez une assurée s'exprimant de manière assez démonstrative, avec des discordances et une inductibilité (cf. rapport d'expertise du 28 juin 2016 p. 17). Il en découlait que les difficultés cognitives décrites au Dr J.\_\_\_\_\_ par l'assurée et son entourage, difficultés du reste empreintes d'amplification (cf. rapport du 23 février 2019 p. 5), ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions des experts. Quant au bilan neuropsychologique réalisé au N.\_\_\_\_\_ en 2018, il avait montré des performances modérément insuffisantes s'inscrivant de manière prépondérante dans le contexte des troubles psychiques connus (cf. rapport du 12 juillet 2018 p. 1), respectivement des performances insuffisantes d'étiologie potentiellement fonctionnelle compte tenu d'une épreuve de validation déficitaire, les résultats obtenus étant en outre peu compatibles avec l'autonomie décrite par l'assurée et sa fille pour les tâches du quotidien (ibid. p. 2 ss). De telles constatations faisaient écho à l'appréciation nuancée émise par les experts de la H.\_\_\_\_\_, le bilan neuropsychologique réalisé au N.\_\_\_\_\_ mettant en lumière des incohérences et ne fournissant aucun élément concret et objectif infirmant les conclusions des experts de la H.\_\_\_\_\_. La Cour a ainsi estimé que les conditions d'une révision n'étaient pas réalisées.

**D.**           **a)** Par courrier de son conseil, Me Jean-Michel Duc, du 22 mars 2019, l'assurée a requis le versement d'une allocation pour impotent, requête complétée, à la demande de l'OAI, par le dépôt, le 19 août 2019, du formulaire officiel. Selon celui-ci, l'assurée a déclaré, s'agissant des actes ordinaires de la vie, avoir besoin d'aide depuis janvier

2011 pour se laver les cheveux et passer l'aspirateur. Elle y indiquait également avoir besoin de soins médicaux, sous la forme de la prise de somnifère et d'anti-dépresseur. Elle faisait en outre valoir avoir besoin d'un accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie, en ce sens que depuis janvier 2011, elle ne pouvait plus effectuer seule de simples tâches, notamment l'aspirateur, et que ses filles passaient beaucoup de temps avec elle, sans quoi elle était seule quasiment tous les jours.

**b)** Dans son rapport médical pour les personnes impotentes AVS/AI du 11 septembre 2019, le Dr J. \_\_\_\_\_ a repris les diagnostics qu'il avait émis dans son rapport du 23 février 2019, indiquant que l'assurée avait besoin d'aide pour les actes « faire sa toilette » et qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ainsi que des soins permanents étaient nécessaires.

**c)** Le 24 août 2020, la Dre V. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que la situation, sur le plan médical, était superposable aux conclusions figurant dans le rapport d'examen SMR du 18 juillet 2016 et dans l'avis SMR du 25 juin 2019. La capacité de travail avait été évaluée comme théoriquement totale. Concernant la demande d'allocation pour impotent, au regard des atteintes (en particulier le dysfonctionnement somatoforme non incapacitant et la dysthymie), il n'y avait aucune limitation fonctionnelle justifiant le besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne ou un accompagnement.

**d)** L'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assurée le 26 novembre 2020. Par rapport du 3 décembre 2020, l'évaluatrice a réfuté la nécessité d'une aide régulière et importante pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, estimant que l'assurée était autonome. Le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie devait également être nié.

**e)** Par projet de décision du 9 décembre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à une allocation pour impotent,

faute d'aide régulière et importante nécessaire pour l'accomplissement d'au moins deux actes ordinaires de la vie et en l'absence d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine sur une période de trois mois.

L'assurée a contesté ce projet par pli du 8 janvier 2021. Elle a conclu, préliminairement, à la rectification du rapport d'évaluation, principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent, subsidiairement à un complément d'instruction. Elle a invoqué une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'évaluatrice n'aurait retranscrit qu'une partie de ses explications, sans lui laisser la possibilité de consulter les notes prises, ni d'apposer sa signature sur le document, le rapport devant par conséquent être rectifié. Elle a, par ailleurs, contesté la valeur probante du rapport d'évaluation. Elle a fait valoir que, sans l'aide de ses filles, elle ne pourrait plus entretenir de contacts sociaux, celles-ci s'occupant également de l'organisation de la vie quotidienne, de toutes les démarches administratives, de la quasi-totalité des tâches ménagères, de l'accompagner pour ses rendez-vous médicaux et ses courses. Enfin, elle a contesté que sa vie ne soit pas en danger, sans la présence de ses filles, en raison des chutes occasionnées par ses vertiges.

**f)** Le SMR a confirmé les conclusions de l'enquête à domicile dans un avis du 18 mai 2021 et a conclu à l'absence de limitation fonctionnelle et de diagnostics objectifs susceptibles d'entraîner un besoin d'aide importante ou régulière dans les actes de la vie quotidienne, ou un besoin d'accompagnement sans lequel l'assurée serait placée en home ou un besoin d'aide pour le ménage justifié médicalement.

**g)** L'OAI a rendu sa décision le 21 mai 2021, reprenant les termes de son projet de décision du 9 décembre 2020.

**E.**           **a)** T.\_\_\_\_\_, assistée de Me Duc, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 30 juin 2021, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision querellée en ce

sens qu'une allocation pour impotent de degré faible au moins lui est accordée, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle a, par ailleurs, requis la production complète du dossier de l'OAI, la mise en œuvre d'une expertise ergothérapeutique et la tenue de débats publics en vue de son audition et de celle de ses deux filles. Elle a invoqué une violation de son droit d'être entendu, reprochant la manière dont l'enquêtrice a établi son rapport, la retranscription partielle de ses propos, l'impossibilité de relire les notes de l'enquêtrice et de les faire corriger. Sur le fond, elle a soutenu avoir besoin de l'aide de ses filles pour se laver les cheveux, faire le ménage et les courses, dans toutes les tâches administratives, ainsi que pour maintenir des contacts sociaux, en raison des pertes d'équilibre provoquées par ses importants acouphènes et de l'épisode dépressif majeur dont elle souffre.

**b)** Dans sa réponse du 16 août 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, soulignant que le rapport d'évaluation du 3 décembre 2020 était conforme aux exigences jurisprudentielles et pleinement probant. Par ailleurs, l'avis médical du SMR du 18 mai 2021 était complet, clair et étayé si bien que de plus amples investigations médicales étaient inutiles.

**c)** Par réplique du 25 avril 2022, la recourante a réitéré ses critiques, soulignant encore que l'enquêtrice n'avait pas examiné la configuration de l'appartement, qui avait pourtant des incidences sur sa capacité à vivre de façon autonome, en raison de ses importants vertiges. Elle a conclu à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'une nouvelle enquête respectant son droit d'être entendu.

**d)** Le 9 mai 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions.

**F.** Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

En date du 26 septembre 2024, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a diligenté une audience, dans le cadre de

laquelle la recourante, annoncée comme ne pouvant se présenter à ladite audience par courrier du 6 septembre 2024, était représentée par Me Duc qui a pu plaider sa cause. Elle a également produit un procédé écrit du même jour, une sommation adressée à l'intimé du 24 septembre 2024 concernant une nouvelle demande de prestations AI et la liste des opérations de son conseil.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.**           **a)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent.

**b)** L'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO

2021 706) n'a pas modifié les conditions du droit à une allocation pour impotent.

**3.** Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu.

**a)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; et références citées).

L'art. 29 al. 2 Cst. ne confère toutefois pas le droit de prendre connaissance de documents purement internes qui sont destinés à la formation de l'opinion et qui n'ont pas le caractère de preuves (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; 125 II 473 consid. 4a ; 115 V 297 consid. 2g/aa). Ainsi, le Tribunal fédéral a précisé que, dans le cadre d'une expertise, il n'existe pas un droit de consulter les notes internes destinées à la formation de l'opinion de l'expert ni, en général, les documents de travail préparatoires de l'expertise, comme les instruments destinés à établir une expertise, à savoir notamment les annotations concernant des résultats de tests ou d'autres observations. Cependant, un tribunal peut être tenu d'autoriser la consultation de tels documents lorsque cela paraît nécessaire dans le cas concret pour examiner les fondements et les conclusions d'un rapport (TF 8C\_659/2013 du 4 juin 2014 consid. 3.2 et les références).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, en ce qui concerne les rapports d'enquête sur place – tels les rapports économiques sur le ménage ou ceux concernant l'intensité et la durée des soins à domicile –,

le Tribunal fédéral a retenu que s'il était en règle générale souhaitable qu'ils soient soumis à la personne assurée (ou à son représentant légal) pour lecture et approbation, il ne s'agit pas en soi d'une obligation stricte. Il suffit que le droit de l'assuré de consulter le dossier soit respecté et que lui soit donnée la possibilité de s'exprimer sur le résultat de l'enquête dans le cadre de l'exercice de la procédure relative à son droit d'être entendu (ATF 128 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_399/2021 du 20 juillet 2022 consid. 3.2 et les références citées). En particulier, les assurés ne sauraient déduire du droit d'être entendu le droit de vérifier que leurs déclarations orales ont été bien comprises par la personne en charge d'une enquête à domicile et, cas échéant, le droit de faire rectifier les écrits de l'enquêteur, préalablement à la rédaction de son rapport (TF 9C\_618/2021 du 12 septembre 2022 consid. 4.3).

**b)** La recourante reproche à l'enquêtrice de ne pas lui avoir donné la possibilité de prendre connaissance et de se déterminer sur le contenu du rapport, qui se fonde uniquement sur les réponses aux questions posées par l'enquêtrice. Elle fait grief à celle-ci de ne pas s'être assurée qu'elle l'avait bien comprise, d'avoir tenu compte de ses explications dans une moindre mesure et de façon orientée et de ne pas lui avoir laissé la possibilité de vérifier si la retranscription de ses propos, dans les notes personnelles de l'enquêtrice, était conforme. Elle soutient qu'il n'y avait pas eu d'évaluation de l'impotence mais uniquement une audition et que, lors d'une audition d'un justiciable, la possibilité de relire et de faire modifier le procès-verbal était de pratique courante, à l'instar de la pratique des autorités AI en Suisse allemande lors d'enquête à domicile.

**c)** S'agissant du grief soulevé par la recourante quant à la violation de son droit d'être entendu, il convient de souligner que, dans la mesure où le rapport formel n'est finalisé qu'ultérieurement, il paraît évident que l'enquêtrice ne pouvait le communiquer à la recourante directement à l'issue de l'entretien. Quant aux notes personnelles de l'évaluatrice, elles constituent incontestablement des documents de travail internes destinés à la formation de l'opinion de l'évaluateur et pour

lesquels la personne assurée ne dispose pas d'un droit propre à la consultation, au sens où l'entend la jurisprudence. Le cas d'espèce ne comporte aucune particularité susceptible de conduire le tribunal à s'écarter de ce principe et considérer que la consultation desdites notes était nécessaire à l'examen des conclusions du rapport d'enquête, comme le permet la jurisprudence à titre d'exception. Le fait que d'autres offices AI aient possiblement une pratique permettant la consultation des constatations de l'enquêteur au cours de l'entretien n'est pas déterminant. En tout état de cause, la recourante a eu tout loisir de faire part de ses remarques et objections aux conclusions de l'enquêtrice, que ce soit en procédure administrative, à réception du rapport d'évaluation du 3 décembre 2020 et du projet de décision, ou dans le cadre de la procédure de recours, ce qui suffit pleinement à satisfaire au droit d'être entendu. Etant donné cette conclusion, il n'y a pas lieu de s'attarder plus avant sur les développements de la recourante quant à la qualification juridique des documents rédigés par l'enquêtrice de l'intimé (notes internes ou procès-verbaux d'audition).

Il convient encore d'ajouter qu'en tant que la recourante conteste le contenu dudit rapport d'enquête, elle formule des critiques qui portent en réalité sur le résultat de l'appréciation des éléments recueillis au cours de l'évaluation de l'impotence à son domicile et qui se confondent avec le grief tiré d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, de sorte qu'elles doivent être examinées avec le fond du litige.

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

**b)** Selon l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). L'art. 42 al. 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au

31 décembre 2021, cette disposition n'ayant subi qu'une modification rédactionnelle lors de la réforme entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, cf. *supra* consid. 2) prévoit qu'est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42<sup>bis</sup> al. 5 est réservé.

**c)** Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ;
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, en raison de son infirmité (let. c) ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ;
- ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

**d)** Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a et les références citées), ainsi que selon les chiffres 2020 et suivants de la Circulaire sur l'impotence (CSI) édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]), les actes élémentaires de la vie quotidienne comprennent les six actes ordinaires suivants :

- se vêtir et se dévêtir ;
- se lever, s'asseoir et se coucher ;

- manger ;
- faire sa toilette (soins du corps) ;
- aller aux toilettes ;
- se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, et établir des contacts.

De manière générale, n'est pas réputé apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 121 V 88 consid. 6c). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

**e)** Il faut que l'aide requise soit régulière et importante pour être prise en considération au titre de l'impotence. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 2010 CSI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 2013 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8026 CIIAI]).

**f)** L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide indirecte de tiers lorsque l'assuré est fonctionnellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie mais ne le ferait pas, qu'imparfaitement ou à contretemps s'il était livré à lui-même (ATF 133 V 450). L'aide indirecte, qui concerne essentiellement les personnes affectées d'un handicap psychique ou mental, suppose la présence régulière d'un tiers qui veille

particulièrement sur l'assuré lors de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie concernés, l'enjoignant à agir, l'empêchant de commettre des actes dommageables et lui apportant son aide au besoin. Elle doit cependant être distinguée de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2016 à 2018 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8029 et 8030 CIIAI]).

**g)** Le besoin de soins permanents et particulièrement astreignants au sens de l'art. 37 al. 3 let. c RAI ne concerne pas les actes ordinaires de la vie (ATF 133 V 450 consid. 7.2). Au contraire, les soins permanents constituent – tout comme, dans un autre contexte, le besoin d'une surveillance personnelle permanente (art. 37 al. 2 let. b et al. 3 let. b RAI) – une forme d'aide de nature médicale ou paramédicale requise en raison de l'état physique ou psychique de la personne assurée (ATF 107 V 136 consid. 1b ; 106 V 153 consid. 2a ; TF 8C\_920/2013 du 17 juillet 2014 consid. 2 et 8C\_310/2009 du 24 août 2009 consid. 9.1). Les soins peuvent être qualifiés d'astreignants pour diverses raisons. Le critère peut être quantitatif, lorsqu'ils nécessitent beaucoup de temps ou entraînent des coûts particulièrement élevés. Le critère peut également être qualitatif, lorsque leur exécution se fait dans des conditions difficiles, par exemple parce qu'ils sont particulièrement pénibles ou qu'ils doivent être dispensés à des heures inhabituelles (TF 8C\_920/2013 du 17 juillet 2014 consid. 2 et 9C\_384/2013 du 10 octobre 2013 consid. 4.1 et les références citées).

**5. a)** Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ;
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ;

- ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450 ; TF 9C\_432/2012 et 441/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références citées).

**b)** Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; ATF 133 V 450 consid. 10). 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 (TF 9C\_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (TF 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (TF 9C\_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2 ; SVR 2008 IV n° 52 p. 173).

**c)** L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Les prestations d'aide prises en considération doivent poursuivre cet objectif. L'aide d'un tiers doit permettre à l'assuré de vivre chez lui de manière autonome. Le fait que l'assuré effectue certaines activités plus lentement ou avec peine ou uniquement à certains moments ne signifie pas qu'il devrait être placé en home ou dans une clinique s'il n'avait pas d'aide pour ces tâches ; ce besoin d'aide ne doit donc pas être pris en compte (ch. 2087 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8040 CIIAI]).

**d)** L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI [jusqu'au 31 décembre 2021, ch. 8053 CIIAI]). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

**6. a)** Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cette obligation de diminuer le dommage s'applique également à toute personne qui fait valoir le droit à une allocation pour impotent (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 7 ad art. 42 LAI, p. 597).

**b)** Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (TF 9C\_567/2019 du

23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C\_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**7.**           **a)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**b)** Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

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

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

**8. a)** A titre liminaire, il convient de rappeler que les experts ayant examiné la recourante ont retenu, dans leur rapport du 28 juin 2016, le diagnostic incapacitant d'acouphènes chroniques (H93.1) et signalé les atteintes sans impact sur la capacité de travail d'hypoacousie modérée post-traumatique (H91.9) et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F43.3) avec état dysthymique (F34.1). La seule limitation fonctionnelle retenue était l'absence de travail dans le bruit. C'est le lieu de rappeler que la CASSO, dans son arrêt du 12 décembre 2017, entré en force, (CASSO AI 60/17 - 360/2017), a estimé que le rapport d'expertise du 28 juin 2016 était pleinement probant.

L'ensemble des rapports médicaux évoqués par la recourante dans la présente cause et qui sont antérieurs à l'expertise - déjà soumis à l'appréciation des experts et de la Cour dans la cause AI 60/17 - ne font état d'aucun élément qui aurait été ignoré des experts, qui ont, par ailleurs discuté ceux-ci de manière suffisante. La recourante ne peut ainsi se fonder sur des éléments ressortant desdits rapports médicaux et qui n'ont pas été retenus par les experts pour justifier une demande d'allocation pour impotent. Elle tente en réalité, de la sorte, de rediscuter l'appréciation des experts et de la Cour, pourtant entrée en force.

En outre, dans son arrêt du 2 avril 2020, la CASSO a estimé que les éléments ressortant du rapport du 23 février 2019 du Dr J. \_\_\_\_\_ n'étaient pas propres à remettre en cause les constatations et conclusions du rapport d'expertise du 28 juin 2016. En particulier, les diagnostics du Dr J. \_\_\_\_\_, s'écartant de ceux de l'expertise, ne pouvaient être suivis. A cet égard, il peut être renvoyé à la motivation de l'arrêt du 2 avril 2020 (cf. *supra* C. d). Dès lors, en tant que les besoins dont la recourante fait état se fondent sur les diagnostics, non retenus par les experts, ressortant

du rapport médical du 11 septembre 2019 du Dr J.\_\_\_\_\_ - identiques à ceux du rapport du 23 février 2019 -, ils ne découlent pas d'une atteinte à la santé objectivement établie. Ils ne peuvent ainsi fonder une impotence.

**b)** En particulier, la recourante fait valoir qu'en raison de ses vertiges, elle est sujette à des chutes fréquentes, se référant à un rapport du 3 juillet 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_ qui attestait des dites chutes. Le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ était connu des experts et ces éléments ont déjà été discutés par ceux-ci avant d'être écartés (cf. arrêt CASSO du 12 décembre 2017 AI 60/17 - 360/2017 consid. 6). Aucune limitation fonctionnelle n'a par conséquent été retenue en relation avec les troubles dont la recourante fait état, en particulier avec des troubles de l'équilibre. Par ailleurs, comme déjà indiqué, le rapport du 11 septembre 2019 du Dr J.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau probant apte à remettre en cause l'appréciation des experts. Par conséquent, la recourante ne peut prétendre à aucune aide qui se fonde sur des troubles qui n'ont pas été objectivés et pour lesquels aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue. A cet égard, c'est également en vain qu'elle reproche à l'enquêtrice de n'avoir pas fait état de la configuration de son appartement.

**c)** La recourante soutient qu'elle souffre d'un « épisode dépressif majeur », se référant au rapport établi par le psychologue K.\_\_\_\_\_ le 17 juin 2014, ce qui la conduirait à un isolement social. Là encore, ce diagnostic a été écarté par les experts dans leur rapport du 28 juin 2016 après discussion et de manière motivée (cf. arrêt CASSO du 12 décembre 2017 AI 60/17 - 360/2017 consid. 6b). En l'absence d'une atteinte à la santé objectivée, la recourante ne peut en déduire aucun besoin d'aide.

**d)** Il en va de même des troubles neurologiques, du ralentissement psychomoteur important et des troubles cognitifs dont la recourante fait état. En effet, ces éléments ont également été discutés et écartés par les experts. Par ailleurs, comme cela ressort déjà de l'arrêt rendu par la CASSO le 2 avril 2020 (CASSO AI 143/19 - 95/2020 consid. 4 b/cc), tant les éléments figurant dans le rapport du

11 septembre 2019 du Dr J. \_\_\_\_\_ que ceux ressortant du bilan neuropsychologique réalisé au N. \_\_\_\_\_ en 2018 ne sont pas propres à remettre en cause les constats et les conclusions du rapport d'expertise du 28 juin 2016. Là encore, la recourante ne saurait déduire un quelconque besoin d'aide en relation avec une atteinte à la santé qui n'est pas objectivée.

**9.** Reste donc à examiner si les atteintes à la santé objectivement constatées dont souffre la recourante impliquent un besoin d'aide.

**a)** Concernant les actes ordinaires de la vie de « manger », et « aller aux toilettes », la recourante ne prétend pas avoir besoin de l'aide d'autrui.

**b)** Concernant l'acte, « se vêtir et se dévêtir » ainsi que l'acte « se lever », la recourante, se référant au rapport de l'enquêtrice, indique devoir « prendre du temps » à se lever à s'habiller en raison des vertiges qu'elle ressent. Quoi qu'il en soit s'agissant des vertiges (cf. *supra* consid. 8b), le fait que la recourante « prenne du temps » n'est manifestement pas suffisant pour retenir une impotence. En effet, la recourante elle-même ne prétend pas avoir besoin de l'aide d'un tiers pour procéder à ces actes si bien qu'on ne peut conclure à l'impossibilité de la recourante à les accomplir.

**c)** S'agissant de l'acte de « faire sa toilette », la recourante soutient ne plus pouvoir se laver les cheveux seule.

A cet égard, l'enquêtrice fait état, dans son rapport d'évaluation du 3 décembre 2020, de ce qui suit :

« - se baigner / se doucher

L'assurée prend sa douche assise sans aide.

Pour se laver les cheveux, sa fille l'aide car elle ne supporte pas que l'eau pénètre ses oreilles, ce qui augmente les acouphènes et amplifie les sifflements et provoque selon l'assurée davantage de vertiges.

1x/sem. sa fille est présente et lui lave les cheveux.

Au vue des limitations fonctionnelles décrites dans les différents RM l'assurée ne rencontre pas d'empêchements. »

Par ailleurs, dans la rubrique « remarque », l'enquêtrice souligne ce qui suit :

« [...]

La nécessité de recourir à l'aide de sa fille pour laver les cheveux en raison d'une exacerbation des sifflements et des vertiges lorsque l'eau pénètre ses oreilles ne permettent pas à l'évaluatrice de retenir ceci comme un empêchement.

Elle pourrait par ex mettre des bouchons dans les oreilles pour éviter l'eau et ainsi maintenir son autonomie. »

La recourante ne conteste pas la solution proposée par l'enquêtrice, si bien que son besoin d'aide n'est pas établi. Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence, il y a impotence en relation avec l'acte de faire sa toilette lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher) (ATF 121 V 88 consid. 2c ; TF 9C\_432/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3.2). Ainsi, il n'y a pas lieu d'admettre un besoin d'aide lié au lavage des cheveux, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un acte quotidiennement nécessaire, pour lequel la recourante aurait besoin d'une aide chaque jour. Il convient donc de considérer, à l'instar de l'enquêtrice de l'intimé, que la présence d'un tiers n'est pas indispensable pour assister la recourante dans sa toilette et qu'une éventuelle assistance ne serait de toute façon prodiguée qu'irrégulièrement dans ce contexte.

**d)** Au sujet de l'acte de « se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts », la recourante soutient qu'elle a besoin de l'aide de ses filles pour faire ses courses et maintenir des contacts sociaux, en raison des pertes d'équilibre provoquées par ses acouphènes. A cet égard, il est renvoyé à ce qui a été exposé *supra* consid. 8b. Dans la mesure où des vertiges incapacitants n'ont pas été retenus, la recourante ne peut prétendre à un quelconque besoin d'aide en relation avec ceux-ci, en particulier pour se déplacer. Quant aux contacts sociaux, dans la mesure où la recourante dit souffrir du bruit en relation avec ses acouphènes, on peut exiger d'elle, au titre de la diminution du dommage,

qu'elle adapte ses lieux de rencontres en choisissant des endroits au calme, préférant les rencontres individuelles plutôt qu'en groupe, comme elle semble d'ailleurs déjà le faire s'agissant de ses déplacements en privilégiant les heures de faible affluence (cf. rapport du 3 décembre 2020, p. 6).

Par surabondance, quand bien même il faudrait retenir une aide pour l'acte ordinaire de la vie susmentionné - ce qui n'est pas le cas - , il n'ouvrirait pas un droit à une allocation pour impotent, l'art. 37 al. 3 let. a RAI exigeant que l'aide soit nécessaire pour au moins deux actes et une aide n'ayant été reconnue pour aucun autre acte dans le cas de la recourante.

**e)** Enfin, la recourante a, dans le formulaire de demande d'allocation pour impotent, inscrit qu'elle avait besoin de soins médicaux, sous la forme de la prise de somnifère et d'antidépresseur. Toutefois, la recourante ne prétend pas qu'elle n'est pas capable de les prendre seule et rien n'indique que tel soit le cas. En outre, le Dr J.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 septembre 2019, a coché la case indiquant un besoin de « soins permanents ». En premier lieu, il convient de constater que le besoin de « soins permanents » au sens de l'art. 37 al. 1 RAI n'entre manifestement pas en ligne de compte, une impotence grave n'étant pas envisageable en l'espèce. Quant aux soins particulièrement astreignants prévus par l'art. 37 al. 3 let. c RAI, leurs conditions ne sont pas davantage remplies. En effet, ni la recourante, ni le Dr J.\_\_\_\_\_ n'exposent en quoi ils consisteraient et rien au dossier n'indique que la recourante ait besoin de tels soins. Dès lors, les conditions de l'art. 37 al. 3 let. c RAI ne sont manifestement pas remplies et ne peuvent justifier le droit à une allocation pour impotent.

**f)** En définitive, ainsi que l'a retenu à juste titre l'intimé, la recourante ne présente aucune des situations alternatives prévues par l'art. 37 al. 3 let. a à d RAI et ne peut prétendre au versement d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité à ce titre.

**10.** La recourante soutient avoir besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie fondant à elle seule le versement d'une allocation pour impotent de degré faible. A cet égard, elle invoque, pêle-mêle, l'aide de ses filles dans toutes les tâches administratives, pour faire le ménage, en particulier passer l'aspirateur, faire les courses, maintenir des contacts sociaux et éviter l'isolement.

**a)** Premièrement, il convient d'examiner si la recourante ne pourrait pas vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne.

S'agissant des oublis et de la gestion des tâches administratives, la recourante se réfère aux troubles cognitifs dont elle dit souffrir. Comme déjà relevé, ces troubles n'ont pas été objectivés si bien que la recourante ne peut prétendre à un accompagnement en relation avec une telle atteinte (cf. *supra* consid. 8d).

Par ailleurs, concernant la tenue de son ménage, la recourante relève qu'elle ne peut pas passer l'aspirateur en raison du bruit que celui-ci génère et des vertiges causés lorsqu'elle se penche en avant. A cet égard, on peut qualifier d'exigible, à l'aune de l'obligation de diminuer le dommage, que la recourante se dote d'appareils ménagers adaptés, comme un balai ou un robot-aspirateur, qui sont silencieux. En outre, la recourante a déclaré à l'enquêtrice qu'elle ne pouvait plus nettoyer sa baignoire, ne pouvant se pencher en avant en raison de ses vertiges. Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il indique, dans son rapport du 11 septembre 2019, que la recourante ne s'occupe plus de la lessive, ni du repassage, en raison de fait qu'elle ne supporte plus de se baisser. Encore une fois, dans la mesure où des vertiges incapacitants n'ont pas été médicalement objectivés et aucune limitation fonctionnelle en relation avec ceux-ci retenue, la recourante ne peut rien en tirer. Enfin, l'enquêtrice a constaté que la recourante cuisinait et se préparait à manger, ce qu'elle ne conteste pas.

On ne saurait dès lors tenir compte d'un défaut d'autonomie de la recourante qui l'empêcherait de vivre seule au quotidien si bien qu'elle ne se trouve par conséquent pas dans la situation prévue à l'art. 38 al. 1 let. a RAI.

**b)** Quant à la capacité de la recourante à se déplacer hors de son domicile et à entretenir des contacts sociaux, elle ne les invoque qu'en relation avec ses vertiges. A cet égard, il est renvoyé à ce qui a été exposé *supra* aux consid. 8b et 9d, étant rappelé que cette forme d'aide ne peut être retenue au double titre de l'acte ordinaire de la vie et du besoin d'accompagnement. Par ailleurs, il ressort du rapport d'enquête du 3 décembre 2020 que la recourante se rend dans les magasins de son quartier et peut aller en bus jusqu'au centre-ville ; elle est orientée dans l'espace. La recourante ne conteste pas spécifiquement ces constatations. Quoi qu'il en soit, elle n'expose pas en quoi – hormis les vertiges qui doivent être écartés – elle ne serait pas apte à faire ses courses elle-même et à se déplacer sans l'aide d'un tiers, par exemple pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. Même si elle indique ne plus conduire, rien ne permet de retenir qu'elle ne peut pas prendre les transports en commun, au besoin en évitant les heures d'affluence pour ne pas être incommodée par le bruit, ce qui relève de son obligation de diminuer le dommage. Il convient par conséquent de nier que la recourante présente un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux au sens de l'art. 38 al. 1 let. b RAI.

**c)** En dernier lieu, la recourante expose qu'elle se retrouve isolée « de par son handicap ». Elle indique, à une autre occasion, qu'elle ne peut plus « sortir avec des amis sans poser la question du bruit ». Pour autant que l'on comprenne, la recourante soutient de la sorte que les acouphènes dont elle souffre l'empêchent d'entretenir des relations sociales. Il ressort en outre du rapport d'enquête du 3 décembre 2020 que la recourante ne rencontre plus que ses enfants. Comme déjà relevé, à l'aune de son obligation de diminuer le dommage, on peut exiger de la recourante qu'elle adapte ses lieux de rencontres en choisissant des endroits au calme, préférant les rencontres individuelles plutôt qu'en

groupe. Par ailleurs, on ne distingue pas – et la recourante ne l’explique pas – ce qui l’empêcherait de recevoir, l’une ou l’autre amie, chez elle, comme elle reçoit ses filles. Enfin, en présence de contacts réguliers avec ses filles, on ne distingue pas en quoi la recourante risquerait l’isolement social. Les conditions de l’art. 38 al. 1 let. c RAI ne sont ainsi pas non plus remplies.

**d)** En définitive, comme l’a retenu à juste titre l’intimé, la recourante ne serait manifestement pas placée en institution, à défaut d’aide. Aucune des hypothèses visées à l’art. 38 al. 1 RAI n’étant réalisée en l’espèce, la recourante ne peut prétendre au versement d’une allocation pour impotent de l’assurance-invalidité à ce titre.

**11.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n’y a dès lors pas lieu de compléter l’instruction par la mise en œuvre d’une expertise ergothérapeutique et l’audition des filles de la recourante. De telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

**12. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l’octroi ou le refus de prestation de l’AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l’espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 21 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de T.\_\_\_\_\_.
  
- 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-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :