

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 avril 2025

Composition : M. NEU, président
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat,
à Lausanne,

et

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

Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 37 et 38 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, est mariée et mère de deux enfants adultes. Sans formation professionnelle certifiée, elle a essentiellement exercé une activité d'employée d'étages dans l'hôtellerie.

En incapacité de travail depuis mai 2008 à la suite d'une intervention chirurgicale gynécologique, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 9 mars 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Après avoir recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, dont la réalisation a été confiée au centre d'expertise médicale C._____. Aux termes de leur rapport du 19 janvier 2012, les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics non incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, depuis 2008. Ces diagnostics n'entraînaient aucune incapacité de travail dans l'exercice de l'activité habituelle, ni baisse de rendement, ni limitations fonctionnelles.

Par décision du 25 juin 2013, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, retenant qu'elle avait disposé d'une pleine capacité de travail durant toute la période examinée, à l'exclusion des périodes opératoires et postopératoires.

B. Par envoi daté du 15 mars 2018, B._____ a sollicité le réexamen de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, arguant d'une aggravation de son état de santé. Par formulaire complété le 31 mai 2018, elle a invoqué une aggravation de ses douleurs, ainsi qu'un trouble de stress post-traumatique.

Le 10 octobre 2018, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir revu l'assurée depuis août 2018 dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11). Celle-ci présentait des phases dépressives graves en lien avec la précarisation de la situation financière de son couple depuis la retraite de son époux. L'incapacité de travail était totale et le pronostic défavorable.

Par rapport à l'OAI du 22 octobre 2018, la Dre J._____, médecin généraliste traitante, a diagnostiqué une dépression récurrente modérée à sévère, des troubles anxieux modérés et un syndrome douloureux chronique, en aggravation depuis 2018. Etaient annexées plusieurs pièces médicales, dont notamment :

- un rapport du 26 janvier 2018 du Dr K._____, spécialiste en neurologie, indiquant ne pas avoir trouvé d'explication claire aux plaintes douloureuses formulées par l'assurée, mais relatant une hypoesthésie tactile et douloureuse abdominale et inférieure droite ;
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et d'angio-IRM cérébrale et pré-cérébrale du 21 février 2018, attestant de quelques foyers hyperintenses millimétriques aspécifiques de la substance blanche sous-corticale frontale et occipitale des deux côtés ;
- un rapport du 12 octobre 2018 de la Dre M._____, spécialiste en anesthésie, réanimation et traitement de la douleur, constatant une nette péjoration des douleurs chroniques et de l'état général, alors que des examens de laboratoire démontraient un état inflammatoire chronique.

Sur questions de l'OAI du 4 mai 2020, la Dre F._____ a réitéré, le 18 mai 2020, que sa patiente présentait un trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec symptômes somatiques (F32.11), relatant une aggravation de la situation dans le contexte de la sclérose en plaques diagnostiquée auprès de sa fille et de complications liées à un cancer de la

prostate de son époux. Une capacité de travail éventuelle de 20 % était envisageable dans une activité adaptée, tandis que la capacité de travail dans l'activité habituelle demeurait nulle.

Le 19 octobre 2020, l'assurée, assistée de Me Jean-Michel Duc, s'est opposée à un projet de décision de l'OAI du 5 octobre 2020, par lequel ce dernier envisageait de nier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Elle a formulé, le 4 novembre 2020, une requête de révision procédurale de la décision du 25 juin 2013.

Par décision du 4 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande de révision procédurale, ainsi que la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

L'assurée, représentée par Me Duc, a recouru contre la décision précitée par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 17 mars 2021. Au cours de la procédure, elle s'est prévalué d'un rapport d'expertise établi le 10 septembre 2021 par le Prof. P._____, spécialiste en anesthésiologie, lequel concluait que l'assurée souffrait de « lésions nerveuses périphériques iatrogènes malheureusement ignorées dans [leur] ensemble dans la phase initiale ainsi que par les experts » à la suite de l'ovariectomie de type Pfannenstiel pratiquée en mai 2008. Le spécialiste qualifiait le pronostic de mauvais et considérait l'assurée totalement incapable de travailler.

Par arrêt du 19 décembre 2022 (AI 105/21 - 381/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée et réformé la décision de l'OAI du 4 mars 2021, la demande de révision procédurale étant admise et la décision de l'OAI du 25 juin 2013 réformée, en ce sens que l'assurée avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} septembre 2009.

Statuant sur le recours de l'OAI dans un arrêt du 6 décembre 2023 (9C_64/2023), le Tribunal fédéral l'a partiellement admis et réformé l'arrêt cantonal du 19 décembre 2022, en ce sens que la demande de

révision procédurale de la décision du 25 juin 2013 était rejetée. La décision du 4 mars 2021 était annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il se prononce sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée, après avoir notamment mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Dite expertise pluridisciplinaire a été confiée au centre d'expertise médicale R._____, lequel a communiqué son rapport le 10 juin 2024. A l'issue de leurs investigations, les Drs S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, T._____, spécialiste en gynécologie, V._____, spécialiste en médecine interne générale, U._____, spécialiste en neurologie, et W._____, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics suivants :

- lombalgies mécaniques sur atteinte dégénérative documentée (M54.5) ;
- gonarthrose bilatérale (M17.0) ;
- arthrose radiocarpienne et digitale bilatérale (M19.0) ;
- allodynie cicatricielle au niveau abdominal après plusieurs opérations abdominales entre 2008 et 2011 (R20.8) ;
- atteinte du nerf sous-mentonnier droit (G50.8) ;
- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) ;
- hypercholestérolémie non traitée actuellement (E78.0) ;
- constipation chronique sur dolichosigmoïde (K59.0) ;
- tension artérielle à la limite supérieure, à reconstrôler ;
- annexectomie droite (Z90.7).

Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles suivantes étaient prises en compte : nécessité d'une activité à prédominance sédentaire, permettant d'alterner les stations assise et debout, avec réalisation de courtes pauses et possibilité de changements de position ; absence de contraintes posturales rachidiennes en antéflexion, rotations et mouvement en porte-à-faux du buste, en hyperextension du rachis cervical ; absence d'efforts de soulèvement au-

delà de 5 kg depuis le sol, pas de manutention, ni usage d'outils vibrants, limitation de la motricité fine prolongée ; absence de station accroupie ou à genoux, pas d'usage d'échelles ou d'escabeaux, pas de montée ou descente répétée d'escaliers ; absence de marche sur un terrain instable ou de station debout prolongée. Du point de vue neurologique, étaient relevées les restrictions suivantes : activité physiquement légère, permettant le changement de positions, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans posture forcée, sans porte-à-faux du buste et sans activité en hauteur (échelles et escabeaux). Aucune limitation n'était retenue au niveau de la médecine interne, de la gynécologie et de la psychiatrie. La capacité de travail était entière « depuis toujours » dans une activité professionnelle adaptée, avec un taux d'activité de 100 %, sans perte de rendement (cf. rapport d'expertise du 10 juin 2024 du R._____, évaluation consensuelle, p. 6).

C. Dans l'intervalle, B._____ a formulé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI le 19 octobre 2020, alléguant requérir une aide pour accomplir l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » et un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (accompagnement pour vivre de manière indépendante et établir des contacts sociaux hors du lieu de vie) depuis 2011. Elle mentionnait le besoin d'être alitée trois ou quatre heures par jour.

Dans un rapport du 7 janvier 2021, la Dre F._____ a confirmé le besoin d'aide et d'accompagnement revendiqué par sa patiente. Elle précisait avoir diagnostiqué un trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec symptômes somatiques (F32.11) et une fibromyalgie. Elle attestait de difficultés dans l'exécution des tâches ménagères, une fatigabilité, une asthénie et une somnolence.

Par projet de décision du 18 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande d'allocation pour impotent, faute d'atteinte à la santé pouvant être qualifiée d'invalidante.

L'assurée, sous la plume de Me Duc, a contesté le projet précité aux termes d'une correspondance du 6 mai 2021. Elle a rappelé souffrir, sur le plan somatique, de séquelles de plusieurs interventions abdominales, ce qui ressortait des rapports de ses différents médecins traitants, de douleurs lombaires et cervicales mentionnées dans le rapport d'expertise du C._____ du 19 janvier 2012, et d'une lésion du nerf mandibulaire, responsable de douleurs à la mâchoire et de céphalées. En outre, l'IRM de février 2018 avait mis en évidence des foyers hyperintenses de la substance blanche. Sur le plan psychique, l'assurée s'est référée aux rapports de sa psychiatre traitante qui faisait état d'une symptomatologie dépressive sévère et d'un épuisement psycho-affectif, dans le contexte d'une personnalité de type borderline grave, puis d'un suivi dès août 2018 en raison d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec symptôme somatique. Compte tenu de cette situation médicale, elle a reproché à l'OAI d'avoir suivi strictement la position communiquée par le Service médical régional de l'AI (SMR ; cf. avis des 22 juillet et 27 septembre 2020), à son avis dénuée de valeur probante, et de ne pas avoir procédé à une évaluation de son impotence à son domicile.

Par complément du 15 septembre 2021, l'assurée s'est prévalu du rapport du Prof. P._____ du 10 septembre 2021.

Sollicité pour détermination, le SMR a considéré, le 5 octobre 2021, que ce document ne fournissait aucune information médicale nouvelle dans le cadre de l'examen de l'impotence.

Par décision du 11 octobre 2021, l'OAI a prononcé un refus d'allocation pour impotent, faute d'atteinte à la santé invalidante, conformément à son projet de décision du 18 mars 2021.

D. B._____, toujours représentée par Me Duc, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 15 novembre 2021. Elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Après avoir rappelé son historique médical, l'assurée a

réitéré avoir besoin d'une aide pour réaliser l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie depuis 2011. Compte tenu des nombreux rapports de ses médecins traitants et de la convergence de leurs avis pour retenir des atteintes à la santé tant physiques que psychiques, elle estimait que l'OAI ne pouvait se passer de mettre en œuvre une enquête sur son impotence sans violer son devoir d'instruction.

L'OAI a répondu au recours le 20 décembre 2021 et proposé son rejet, réitérant que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

Par réplique du 21 janvier 2022, l'assurée a proposé la suspension de la présente cause (AI 422/21) jusqu'à droit connu dans la cause AI 105/21 portant sur le droit à la rente.

Par ordonnance du 26 janvier 2022, réitérée le 2 mai 2024, le magistrat instructeur a suspendu la cause jusqu'à droit jugé dans la cause AI 105/21, respectivement jusqu'à l'émission du rapport d'expertise du R._____, mise en œuvre conformément à l'arrêt fédéral du 6 décembre 2023 (9C_64/2023).

L'OAI a fait parvenir à la Cour de céans un tirage du rapport d'expertise du R._____ du 10 juin 2024, par pli du 19 novembre 2024, et a, sur cette base, conclu une nouvelle fois au rejet du recours introduit contre la décision du 18 mars 2021 en matière d'impotence.

L'assurée s'est déterminée le 17 décembre 2024, persistant à conclure au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une enquête sur l'impotence à son domicile. Elle a souligné que les conclusions de l'expertise réalisée au sein du R._____ ne pouvaient être suivies, notamment sur le plan psychiatrique, au vu des rapports de ses médecins traitants. Elle considérait que l'évaluation de l'expert psychiatre du R._____ était insoutenable, particulièrement orientée, et faisait fi de l'avis étayé de sa psychiatre traitante. Elle a par ailleurs mis en évidence

les limitations fonctionnelles constatées dans son cas, lesquelles impliquaient une investigation complémentaire de son cadre de vie et de l'assistance exigible de ses proches. L'assurée a enfin relevé que l'OAI ne pouvait se prévaloir de l'absence d'atteinte à la santé invalidante dans son cas. Même à suivre les conclusions des experts du R._____, ceux-ci avaient considéré que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Fondé sur ces conclusions, l'OAI avait du reste émis un projet de décision le 16 août 2024, projetant d'accorder à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2018.

L'OAI a maintenu ses conclusions le 20 janvier 2025, se référant à un avis du SMR du 14 janvier 2025, joint en annexe. Dans cet avis, le SMR a estimé, au vu des éléments ressortant de l'expertise du R._____, qu'il n'y avait pas lieu de retenir un besoin d'aide régulier et important pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ni la nécessité d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, faute de risque de placement en institution.

E n d r o i t :

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

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

2. En l'espèce, le litige a pour objet le droit à une allocation pour impotent en faveur de la recourante, singulièrement la question de savoir si l'intimé a violé son devoir d'instruction de sa demande.

3. L'entrée en vigueur le 1^{er} 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. On relèvera, au demeurant, que la présente cause reste régie par les anciennes dispositions, dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision litigieuse date du 11 octobre 2021, conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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 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'art. 42^{bis} (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

5. a) L'art. 37 al. 1 RAI prévoit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

b) A teneur de l'art. 37 al. 2 RAI, l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ;
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

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, exigés par l'infirmité de l'assuré (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) 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).

6. a) Selon une jurisprudence constante, 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 (ATF 133 V 450 consid. 7.2 ; 127 V 94 consid. 3c ; cf. également : chiffres 8010 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021,

laquelle a été remplacée dès le 1^{er} janvier 2022 par la Circulaire sur l'impotence [CSI]).

b) De manière générale, n'est pas réputé apte à l'accomplissement d'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 ; 9C_633/2012 du 8 janvier 2013 consid. 3.4).

c) Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 121 V 88 consid. 3c ; TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4).

d) 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. 8025 CIIAI et 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.8026 CIIAI et ch. 2013 CSI).

e) L'aide à l'accomplissement des actes précités peut être directe ou indirecte. Il y a aide directe de tiers lorsque l'assuré n'est pas ou n'est que partiellement en mesure d'accomplir lui-même les actes ordinaires de la vie. 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. 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 (ATF 133 V 450 ; ch. 8029 et 8030 CIIAI ; ch. 2015 et 2017 CSI ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n°28 ss ad art. 42 LAI, p. 605 et références citées).

7. a) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI 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).

aa) Dans la première éventualité (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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 ; TF 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1 et

9C_425/2014 du 26 septembre 2014 consid. 4.1). 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_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4).

bb) Dans la deuxième éventualité (art. 38 al. 1 let. b RAI ; 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_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3).

cc) Dans la troisième éventualité (art. 38 al. 1 let. c RAI), 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_425/2014 précité consid. 4.1 et 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2). Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas ; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des rencontres (ATF 133 V 450 consid. 9 ; TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2.1).

b) 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. 8040 CIIAI et ch. 2087 CSI).

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

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

8. 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, op.cit., 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).

c) L'aide exigible de tiers dans la cadre de la réorganisation de la communauté familiale ne doit pas devenir excessive ou disproportionnée. Sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens dans le cas où l'assuré fait ménage commun avec son épouse ou un membre de la famille, on ne saurait exiger de cette personne qu'elle assume toutes les tâches ménagères de l'assuré après la survenance de l'impotence si cela ne correspondait pas déjà à la situation antérieure (TF 9C_ 567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 ; 9C_330/2017 du 14 décembre 2017 consid. 4). Il faut néanmoins se demander comment une communauté familiale raisonnable s'arrangerait si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Cette aide va plus loin que le soutien auquel on peut s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ch. 2100 CSI).

9. a) En vertu de 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) 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 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

10. a) 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 (ATF 140 V 453 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

b) Ce n'est qu'à titre exceptionnel, notamment lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, que l'on devra recourir à un médecin pour estimer les empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Il conviendra de même de poser des questions complémentaires à des spécialistes du domaine médical en cas d'incertitude sur les troubles physiques ou psychiques et/ou leurs effets sur les actes ordinaires de la vie. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats d'une enquête et les constatations d'ordre médical, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATF 133 V

450 consid. 11.1.1 ; TF 8C_724/2022 du 21 avril 2023 consid. 5.3 ; cf. également : Michel Valterio, op. cit., n°9 ad art. 42 LAI, p. 598).

11. a) En l'espèce, il est établi que la recourante souffre de diverses atteintes à la santé d'ordre physique et psychique, prises en charge par de nombreux spécialistes et investiguées à deux reprises à un niveau expertal (cf. rapports d'expertise du C._____ du 19 janvier 2012 et du R._____ du 10 juin 2024). Les limitations fonctionnelles somatiques ont été décrites à satisfaction par les experts du R._____, lesquels ont conclu à une capacité de travail préservée « depuis toujours » dans une activité adaptée. On relève que sur le plan psychique, les diagnostics posés par la Dre F._____ ont systématiquement été écartés par les experts mandatés par l'intimé, en l'absence des critères requis pour retenir un trouble dépressif récurrent de degré moyen ou sévère. A la date de la décision querellée, émise le 11 octobre 2021, on dispose certes uniquement des rapports des médecins traitants de la recourante et du rapport d'expertise du C._____ pour se prononcer en matière d'impotence, alors que l'intimé a conclu à l'absence d'atteinte à la santé invalidante et renoncé à réaliser une enquête domiciliaire sur cette question. Cela étant, l'évaluation réalisée au sein du R._____, bien que postérieure à la décision entreprise, fournit dans une large mesure les renseignements utiles sur les capacités de la recourante, déterminantes au titre de l'impotence.

b) Quoi que soutienne la recourante dans ce contexte, la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une évaluation de son impotence à son domicile, apparaît dénuée de pertinence à ce stade. La Cour de céans est en effet en mesure de confirmer la teneur de la décision rendue par l'intimé le 11 octobre 2021 sur la base des pièces médiales versées au dossier, compte tenu de ce qui suit.

12. a) En premier lieu, s'agissant de l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, on observe que la recourante ne revendique aucune assistance pour la réalisation des actes « se vêtir/se dévêtir », « se

lever/s'asseoir/se coucher », « manger », « faire sa toilette » et « aller aux toilettes » (cf. formulaire de demande d'allocation pour impotent, complété le 19 octobre 2020). La capacité de la recourante à les réaliser seule a été confirmée par les experts du R. _____ (cf. rapport d'expertise du 10 juin 2024, évaluation consensuelle, p. 7), tandis que ses médecins traitants, en particulier la Dre F. _____, ne fournissent aucune indication dans ce contexte. Il n'y a donc pas lieu de s'attarder plus avant sur les actes en question.

b) La recourante se prévaut en revanche d'un besoin d'aide pour effectuer l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » depuis 2011, attesté par sa psychiatre traitante aux termes de son rapport du 7 janvier 2021. Cette dernière a précisé que la recourante présentait une fatigabilité, une asthénie et une somnolence, renvoyant au surplus à son rapport du 4 [recte : 18] mai 2020. Or, à teneur de ce document, la Dre F. _____ a envisagé la possibilité pour sa patiente d'exercer une activité lucrative adaptée au taux de 20 % en dépit d'une péjoration globale de l'état de santé psychique. Cette praticienne n'a toutefois pas fait mention de difficultés liées aux déplacements ou au maintien de contacts sociaux. Sur le plan expertal, on retient que le rapport communiqué par le C. _____ le 19 janvier 2012 ne fait mention d'aucune restriction dans l'accomplissement de l'acte en question, pourtant revendiquée depuis 2011 par la recourante. Ultérieurement, les experts du R. _____ ont retenu ce qui suit (cf. rapport d'expertise du 10 juin 2024, évaluation consensuelle, p. 8) :

« [...] L'expertisée a la capacité de se déplacer seule en marchant sur plusieurs centaines de mètres en intérieur ou à proximité immédiate de son domicile, ainsi que d'utiliser seule les transports en commun pour de courts trajets. Elle est même venue seule à [...] depuis [...] pour un examen, mais elle préfère se déplacer avec son mari par sécurité [...] »

Etant donné les éléments ci-avant, lesquels ne sont pas sérieusement démentis ou mis en doute par les médecins traitants de la recourante, on ne voit pas de raison de douter de sa capacité à réaliser de manière autonome l'acte en cause. En particulier, même si l'on peut considérer que la recourante peut rencontrer des difficultés passagères

selon l'évolution de son état de santé psychique, il n'y a pas lieu de prendre en considération une assistance régulière et importante pour les déplacements et le maintien de contacts sociaux. En outre, aucune des atteintes à la santé physique documentée au dossier ne viendrait justifier des problèmes d'autonomie pour l'accomplissement de l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », étant rappelé que l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux restrictions fonctionnelles d'ordre rhumatologique et neurologique a été considérée comme exigible à plein temps et plein rendement « depuis toujours » par les experts du R._____.

c) Il convient ainsi en définitive de nier que la recourante présente une impotence dans la réalisation des actes ordinaires de la vie.

13. a) En second lieu, relativement à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, on retient que la recourante fait ménage commun avec son conjoint désormais retraité. Elle a fait valoir un besoin d'accompagnement à compter de l'année 2011, corroboré par sa psychiatre traitante le 7 janvier 2021, pour ce qui concerne l'exécution de tâches ménagères, en raison d'une fatigabilité, d'une asthénie et d'une somnolence. On observe, cela étant, qu'aucune difficulté de ce registre n'a été relevée en 2012 par les expertes du C._____. Les experts du R._____ ont pour leur part nié un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, au vu des capacités de la recourante à honorer ses rendez-vous. Ils ont néanmoins mentionné que la mari de la recourante gérait « l'ensemble des tâches administratives familiales et la majorité des tâches ménagères, ainsi que la réalisation des provisions alimentaires » (cf. rapport d'expertise du 10 juin 2024, évaluation consensuelle, p. 8).

b) L'ensemble des appréciations médicales, y inclus celle de la Dre F._____, permet d'exclure que la recourante serait dans l'incapacité de vivre de manière indépendante, en l'absence d'assistance prodiguée par des tierces personnes. En l'état, on ne voit aucune atteinte à la santé qui justifierait l'incapacité de la recourante à gérer le quotidien et

effectuer les tâches ménagères essentielles. Quand bien même celles-ci sont susceptibles de lui prendre davantage de temps ou nécessitent des adaptations pour ménager une certaine fatigabilité, on peut exiger de la recourante qu'elle fractionne les tâches et qu'elle se consacre aux activités ménagères simples compatibles avec ses limitations fonctionnelles rhumatologiques et neurologiques. Il convient de retenir que seul un besoin d'aide pour les tâches lourdes (nettoyages approfondis de l'appartement, changement de la literie), lesquelles demeurent des tâches ponctuelles, est susceptible d'entrer en ligne de compte in casu. On peut au demeurant qualifier d'exigible que la recourante se dote d'appareils ménagers adaptés et procède à des aménagements de son environnement pour pallier ses difficultés. Le fractionnement des tâches, l'acquisition de moyens auxiliaires et l'aménagement adapté de l'appartement n'apparaissent ainsi guère contraignants à l'aune de l'obligation de diminuer le dommage, rappelée ci-dessus sous consid. 8a. Il convient ainsi de nier un défaut d'autonomie de la recourante qui l'empêcherait de vivre seule au quotidien.

c) Quant à la participation du mari de la recourante, on rappellera qu'une réorganisation de la communauté d'habitation dans le sens d'une répartition plus équitable des tâches ménagères n'est pas disproportionnée au sens de la jurisprudence citée sous consid. 8c supra. En l'espèce, la contribution du mari de la recourante apparaît largement exigible pour l'accomplissement des tâches ménagères lourdes et les provisions, qui plus est dans la mesure où ce dernier est désormais retraité. On ajoutera que le fait que le conjoint de la recourante se consacre à la totalité des tâches administratives ne permet pas de déduire que celle-ci serait dans l'incapacité de les réaliser pour des raisons médicales.

d) Compte tenu de ce qui précède, il s'agit de nier que la recourante nécessite un besoin d'accompagnement pour vivre de manière indépendante. Celle-ci ne se trouve par conséquent pas dans la situation prévue à l'art. 38 al. 1 let. a RAI.

14. a) Eu égard à la capacité de la recourante à se déplacer hors de son domicile et entretenir des contacts sociaux, on ne saurait retenir un besoin d'accompagnement à ces fins. Aucune atteinte à la santé physique ou psychique attestée en l'occurrence ne vient légitimer des limitations pour réaliser des courses légères, éventuellement au moyen d'un chariot à roulettes, ou pour honorer des rendez-vous hors du domicile. S'agissant plus particulièrement de la réalisation des courses, la recourante rencontre essentiellement des difficultés pour le port de lourdes charges. On peut retenir toutefois qu'il lui est loisible de s'organiser pour s'approvisionner régulièrement et en petites quantités. On ne saurait qualifier d'excessif un soutien régulier du conjoint pour réaliser des provisions alimentaires communes.

b) Etant donné les éléments ci-dessus, il convient de retenir que la recourante ne présente pas 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.

15. On soulignera enfin que la recourante, faisant ménage commun avec son conjoint et entretenant des relations avec ses enfants, ne court pas de risque d'isolement durable, selon l'art. 38 al. 1 let. c RAI.

16. a) En définitive, la recourante ne présente aucune des situations alternatives prévues par l'art. 37 RAI, ni ne remplit les conditions posées par l'art. 38 al. 1 RAI, de sorte qu'elle ne peut prétendre à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit donc être rejeté et la décision de l'intimé du 11 octobre 2021 confirmée.

b) 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. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 11 octobre 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 portés à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :