

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 9, 17 et 43 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 1976, séparée judiciairement de son second conjoint, est mère de deux filles nées en 1995 et 2006.

Elle a requis des 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) par demande formelle déposée le 2 octobre 2001.

Dans le cadre de l'instruction de cette requête, l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique réalisée par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de son rapport du 16 avril 2005, ce dernier a retenu les diagnostics incapacitants de troubles schizo-affectifs à prédominance du type dépressif et de troubles de la personnalité avec des éléments de personnalité paranoïaque, émotionnellement labile de type borderline, dépendante et anxieuse. L'incapacité de travail était totale dans toutes activités.

Par décisions des 21 octobre et 9 décembre 2005, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière extraordinaire d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} octobre 2000. Cette prestation, révisée à réitérées reprises, a systématiquement été confirmée par l'OAI (cf. communications des 20 juillet 2009, 16 mai 2012 et 4 décembre 2015).

B. Dans l'intervalle, B._____ a sollicité une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité le 12 octobre 2007.

L'OAI a mis en œuvre une enquête au domicile de l'assurée le 12 juin 2008. Le rapport correspondant du 13 juin 2008 a pris en considération des douleurs lombaires (maladie de Scheuermann), des troubles psychiques, ainsi que des séquelles d'interventions gastriques pratiquées en 2002 (notamment un bypass), aggravées à la naissance du second enfant de l'assurée. Selon celle-ci, elle présentait un besoin d'aide

pour accomplir les actes « manger » (aliments mixés), « faire sa toilette » (en particulier pour la fonction se baigner/se doucher) et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » (en particulier pour se déplacer à l'extérieur). L'assurée alléguait également un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à savoir pour vivre de manière indépendante, ainsi que pour les activités et contacts hors du domicile.

Après consultation du Service médical régional (SMR), l'OAI a retenu que l'assurée présentait uniquement un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, motivé par ses pathologies psychiatriques. Il a, par conséquent, octroyé à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible, à compter du 1^{er} octobre 2006, par décision du 28 novembre 2008. Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 19 février 2010 (AI 624/08 - 98/2010). Le recours de l'assurée au Tribunal fédéral contre l'arrêt cantonal précité a été déclaré irrecevable par arrêt du 29 juin 2010 (TF 9C_449/2010).

C. Dans le courant de l'année 2011, l'OAI a découvert que B._____ pratiquait une activité de monitrice de tennis pour enfants et a initié une procédure de révision de ses droits aux prestations de l'assurance-invalidité.

Au terme de cette procédure, l'OAI a supprimé le droit de l'assurée à une allocation pour impotent par décision du 12 septembre 2012, avec effet dès le 1^{er} novembre 2012 (premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée contre cette décision par arrêt du 23 avril 2013 (AI 237/12 - 93/2013). Le Tribunal fédéral a prononcé l'irrecevabilité du recours déposé par l'assurée contre cet arrêt cantonal le 25 juin 2013 (TF 9C_387/2013).

D. B._____ a formulé une nouvelle demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI le 7 janvier 2016, indiquant souffrir de troubles psychiques et de problèmes d'hypoglycémie. Elle alléguait un besoin

d'assistance, depuis 2007, pour réaliser les actes « aller aux toilettes » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », d'une surveillance personnelle, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Elle bénéficiait de l'aide de ses deux filles, respectivement du Centre médico-social (CMS), lequel fournissait également une assistance tant ménagère qu'infirmière, en sus de la confection des repas.

Invitée à rendre plausible une modification de son état de santé depuis la précédente décision du 12 septembre 2012 et à fournir les coordonnées de son médecin traitant, l'assurée n'a pas donné suite aux demandes de l'OAI.

L'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 3 juillet 2017, entrée en force en l'absence de recours de l'assurée.

E. B._____ a requis une nouvelle fois des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, sollicitant la prise en charge des frais afférents à un chien d'assistance à cause de ses hypoglycémies par courriel du 3 août 2020 et à un fauteuil roulant électrique par demande formelle du 15 septembre 2020. Etaient annexées, à titre de justificatifs, des _____ attestations _____ des Drs G._____ et H._____, tous deux médecins généralistes, respectivement datées des 27 et 31 août 2020. Le Dr G._____ indiquait que l'assurée avait besoin d'un fauteuil roulant pour ses déplacements en raison de lombalgies chroniques sur discopathies étagées. Quant à la Dre H._____, elle mentionnait que sa patiente avait besoin d'un chien d'assistance au motif d'hypoglycémies sévères susceptibles de mettre sa vie en danger.

Après avoir mandaté la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (FSCMA), l'OAI a pris en charge les frais d'acquisition d'une rampe d'accès pour l'entrée de l'immeuble, ainsi que de remise en prêt d'un fauteuil roulant manuel et d'une aide électrique à la propulsion, par communications du 30 octobre 2020.

F. En parallèle, B. _____ a sollicité le réexamen de son droit à une allocation pour impotent, en déposant une nouvelle demande auprès de l'OAI le 15 septembre 2020. Elle précisait avoir besoin d'assistance pour réaliser l'ensemble des actes ordinaires de la vie, de soins médicaux, d'une surveillance personnelle et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. L'aide était prodiguée par ses filles, des amies, ainsi que par le CMS, lequel confectionnait en outre les repas et dispensait les soins, en sus de la réalisation des tâches ménagères. Etaient produites des ordonnances médicales du Centre hospitalier D. _____ et d'I. _____ des 8 et 29 septembre 2020, pour des prestations de soins infirmiers et de soins de base (aide à la douche une fois par jour, aide pour le ménage quatre heures par semaine, ainsi qu'une surveillance avec mise au lit une fois par jour). Le Dr G. _____ indiquait également, dans une attestation du 8 septembre 2020, que sa patiente nécessitait une aide pour les repas de midi, pour le ménage le matin à raison de quatre heures par semaine et pour les soins le matin.

Par attestations des 21 octobre, 16 novembre et 2 décembre 2020, la Dre J. _____, médecin généraliste traitante, a indiqué que l'assurée devait bénéficier d'une aide au ménage à hauteur de huit heures par semaine pour une durée indéterminée pour des raisons médicales. Elle a confirmé que sa patiente requérait une chaise roulante, motif pris de vertiges et de malaises intermittents, ainsi que de troubles de la marche et de l'équilibre, de douleurs dorso-lombaires et d'hypoglycémies récidivantes. Les diagnostics retenus étaient ceux d'une leucoencéphalopathie de type vasculaire sous-cortical et cérébelleuse avec astasie-abasie, d'un syndrome douloureux dorso-lombaire sur troubles statiques sévères, scoliose et polyarthrose, d'une hypoglycémie très sévère récidivante post bypass gastrique et d'un état anxiodépressif réactionnel. La Dre J. _____ signalait que l'assurée nécessitait un lit motorisé et un matelas spécifique en raison d'une cyphoscoliose, d'une polyarthrite et d'un syndrome somatoforme douloureux.

L'OAI a mis en œuvre une enquête au domicile de l'assurée le 12 janvier 2021. Le rapport corrélatif, rédigé le 18 janvier 2021, a relevé un besoin d'aide allégué pour la réalisation des actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette », « se déplacer/entretenir des contacts sociaux » et pour les soins médicaux. L'assistance était dispensée par la fille de l'assurée, sa femme de ménage et le CMS. L'enquêtrice de l'OAI suggérait de solliciter la détermination du SMR quant à la justification médicale des prestations d'aide revendiquées et quant à la date à partir de laquelle il convenait de les prendre en considération.

Le 15 février 2021, le Dr P._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie au sein du Centre N._____, a signalé ne pas être en mesure de compléter un rapport médical, l'assurée ne l'ayant consulté qu'une seule fois.

La Dre H._____ a également souligné, le 9 juillet 2021, ne pas pouvoir fournir d'informations sur l'assurée, dans la mesure où elle ne l'avait rencontrée qu'une fois en urgence en août 2020.

En date du 1^{er} décembre 2021, l'assurée a fait parvenir à l'OAI les réponses fournies par le Dr G._____ à des questions complémentaires posées en septembre 2020. Ce praticien relevait que l'assurée souffrait de malaises dysglycémiques, de pertes de mémoire à court terme et de lombalgie chronique. Il faisait état d'une aggravation de l'état de santé depuis mars 2020, laquelle se répercutait sur l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Il mentionnait que la toilette et le couchage étaient assurés par le CMS, de même que la confection des repas, les achats alimentaires étant réalisés « par correspondance ».

A la demande du SMR, la Dre J._____ a complété un rapport le 13 décembre 2021, faisant état des diagnostics d'hypoglycémie majeure après bypass gastrique, d'état anxiodépressif au long cours, de leucoencéphalopathie de type vasculaire sous-cortical et cérébelleuse avec astasie-abasie, de syndrome douloureux dorso-lombaire sur troubles

statiques sévères, scoliose et polyarthrose, de fibromyalgie, d'ostéoporose traitée et de status après abdominoplastie en 2004. Elle relevait que l'assurée présentait des hypoglycémies extrêmement brutales, dangereuses dans la vie quotidienne, pour la prévention desquelles un chien d'assistance était indiqué. L'assurée avait une mobilité réduite depuis 2019 en raison de ses hypoglycémies, mais également de ses problèmes lombaires. Elle devait se déplacer en chaise roulante. Elle n'était plus suivie par un endocrinologue, ni par un rhumatologue. Une demande de suivi psychiatrique était en cours. L'infirmière du CMS venait à domicile trois fois par semaine pour la toilette, la douche et l'habillement, autrement assumés par la femme de ménage, laquelle s'occupait également des courses et des repas.

Sur sollicitation du SMR, l'infirmière du CMS a fourni les résultats glycémiques de l'assurée par courriel du 7 février 2022, précisant que celle-ci refusait de mesurer sa glycémie depuis le 27 janvier 2022 pour cause d'anxiété dans ce suivi.

Le 11 mai 2022, la Dre L._____, cheffe de clinique adjointe du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier D._____, a rapporté avoir reçu l'assurée à sept reprises entre le 14 février et le 28 avril 2022. La prise en charge devait se poursuivre auprès du Centre K._____. Il ne lui apparaissait pas possible de déterminer les limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne en lien avec les problèmes somatiques de l'assurée. Un tirage du résumé d'investigation du 24 mai 2022 mettait en évidence les diagnostics de trouble de la personnalité mixte avec traits histrioniques et borderline et de solitude. L'assurée présentait des modalités de fonctionnement particulières depuis l'adolescence, lesquelles étaient durables, invalidantes et entravaient tous les domaines de la vie. Étaient notés une instabilité émotionnelle, avec une affectivité superficielle, une peur du rejet, une identité peu construite, un théâtralisme, un désir d'attirer l'attention, une tendance à être facilement blessée et un comportement pouvant être ressenti comme manipulateur.

Par avis du 7 juillet 2022, le SMR a estimé ne pas disposer d'éléments objectifs pour retenir des hypoglycémies sévères en lien avec le bypass. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle justifiant un besoin d'aide pour la réalisation des actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et pour les soins médicaux. Sur le plan psychique, le Centre hospitalier D._____ ne fournissait aucun élément permettant de reconnaître un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. S'agissant de l'accomplissement de l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », le SMR n'observait aucune limitation fonctionnelle légitimant l'usage d'un fauteuil roulant. Il relevait toutefois un « trouble de conversion fonctionnelle dû au trouble de la personnalité » diagnostiqué auprès de l'assurée, de sorte qu'un besoin d'aide régulier et important pouvait être pris en compte pour la réalisation de l'acte en question.

L'OAI a informé l'assurée de son intention de nier son droit à une allocation pour impotent, par projet de décision du 18 juillet 2022, étant donné qu'une aide ne pouvait être retenue que pour accomplir l'acte « se déplacer/entretenir des contacts sociaux ».

Par courriel du 1^{er} septembre 2022, complété le 13 septembre 2022 avec l'assistance de PROCAP, Service juridique, l'assurée a contesté le projet de décision précité. Elle a conclu, principalement, à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen, invoquant un besoin d'aide pour accomplir au moins trois actes ordinaires de la vie et d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ; subsidiairement, elle a suggéré la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Elle faisait tout particulièrement grief au SMR d'avoir fait preuve de partialité et d'arbitraire, puisqu'il n'avait pas tenu compte des aides prodiguées pour contrôler sa glycémie. Son état de santé psychique n'avait par ailleurs pas été réactualisé, alors qu'elle avait bénéficié par le passé de la prestation revendiquée sur la base des conclusions d'une expertise psychiatrique.

Après consultation de son Service juridique, lequel a confirmé la position du SMR le 22 novembre 2022, l'OAI a rendu une décision de refus d'allocation pour impotent le 7 février 2023.

G. B._____, représentée par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par mémoire de recours du 8 mars 2023. Reprenant les griefs soulevés au stade de la procédure d'audition, elle a conclu à sa réforme et à l'octroi d'une allocation pour impotent, principalement, de degré moyen, subsidiairement, de degré faible, voire à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Encore plus subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

L'OAI a répondu au recours le 6 avril 2023 et conclu à son rejet, en se référant à l'avis de son Service juridique du 22 novembre 2022.

Par réplique du 2 mai 2023, l'assurée a maintenu ses conclusions et joint une nouvelle attestation de la Dre J._____ du 14 mars 2023, laquelle confirmait le besoin d'un chien d'assistance pour prévenir les hypoglycémies et indiquait que sa patiente devait éviter tout effort susceptible de précipiter une hypoglycémie. Les courses étaient commandées par internet. L'assistance d'une femme de ménage à domicile s'imposait.

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 refus d'une allocation pour impotent en faveur de la recourante à la suite de sa nouvelle demande en ce sens. Singulièrement, est litigieux le besoin d'aide pour réaliser plusieurs actes ordinaires de la vie, de soins et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

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.

4. **a)** En vertu de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur

demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) Lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88^{bis} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) sont applicables (cf. art. 35 al. 2, première phrase, RAI). Conformément à l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Selon l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

5. a) Aux termes de l'art. 9 LPGGA, 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 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; (al. 1, première phrase). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).

6. 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).

7. **a)** Selon une jurisprudence constante, ainsi que selon le chiffre 2020 de la Circulaire sur l'impotence (CSI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, 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).

b) 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).

c) 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 (ATF 133 V 450 ; 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).

8. 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).

9. **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). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), 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).

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).

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. 2087 CSI).

c) L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessaire en moyenne au moins deux heures par semaine (ch. 2012 CSI). 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).

10. 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) 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).

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

11. a) En l'occurrence, on dispose du rapport d'enquête au domicile de la recourante du 18 janvier 2021, lequel fait état de l'ensemble des difficultés alléguées par cette dernière. S'agissant de l'évolution de l'état de santé, l'enquêtrice de l'intimé a consigné les éléments suivants (cf. rapport d'enquête précité, p. 2) :

« [...] Dermatologie : l'assurée indique souffrir d'une allergie, qui lui ouvre la peau des mains avec des cloques, nécessitant un suivi et

des traitements : shampoing médical, crèmes sur le corps et les mains... elle a de prochains RDV les 26.01 et 08.02.2021, cela ayant débuté en 2017 selon son information. Elle porte des gants en tissu. Diabétologie : l'assurée présente un manque de sensibilité dans les mains, les jambes. Depuis 2017, elle bénéficiait des repas du CMS, adaptés à son diabète mais cela ne fonctionnait pas. Elle a été vue par un diabétologue, qui lui a fait un suivi sur 24h pendant 2 semaines, en coordination avec Dr G._____. Depuis 07.2017, elle porte un boîtier de surveillance de glycémie sous la peau de type I (lecteur Freestyle) et depuis 10.2020, elle en porte un de type II qui l'avertit en cas de danger quant au taux de sucre. Il est paramétré selon un certain taux pour aviser l'assurée et des tiers au besoin, en cas de non-réaction de l'assurée. Elle indique présenter plus d'hypoglycémie depuis le confinement lié au Covid. L'assurée peut se trouver très haute en taux de sucre et passer très vite en hypoglycémie. Cela la déprime et lui demande de limiter son activité. En effet, l'activité même minime accélère la perte de sucre et l'assurée a fait plusieurs comas diabétiques selon ses propos. Lorsqu'elle est en hypoglycémie, son corps devient raide, les voix deviennent lointaines et elle part en [coma] si elle n'absorbe pas de sucre. Elle en a partout dans l'appartement mais se sent en danger en permanence. L'assurée voulait un chien d'assistance mais cela n'a pas pu se faire du fait du choix du fauteuil non adapté, selon ses propos. L'assurée souffre de diabète depuis 2004 mais n'était pas suivie et cela fait suite à un bypass datant du 22.11.2002. L'assurée indique que selon le CMS, elle devrait être placée en institution au vu de sa situation et qu'elle aurait dû être hospitalisée fin 09.2020 sur demande du médecin de garde mais au vu du Covid, c'est le CMS qui s'est occupé d'elle à domicile.

Uro-Gynécologie : l'assurée indique avoir subi une ablation des ovaires en 2017. L'assurée devrait se faire poser un filet à la vessie, mais elle refuse l'opération.

Famille : sa fille n'habite plus avec elle, l'assurée indiquant [qu'elle] déprimait de voir sa maman aussi mal, ne pouvant plus bouger et étant en danger de mort permanent. Sa [doctoresse] a proposé qu'elle s'en aille, ce qu'elle a fait le 25.10.2020. Après discussion avec le SPJ, elle vit chez la fille aînée de l'assurée (elle a un fils de 5 ans et attend des jumeaux) et son beau-fils. Celle-ci est devenue la représentante légale de sa cadette devant notaire et a déménagé de chez l'assurée au printemps 2019.

Aide extérieure : CMS [...] les lundi, mercredi, vendredi matins pour une aide à la douche depuis 10.2020, suivi infirmier par une infirmière en psychiatrie. Femme de ménage engagée en 08.2020 : aide à la douche les mardi et jeudi et les WE, passage chaque soir pour une aide au déshabillage ; cette dernière l'aide aussi pour le ménage, les commissions, les lessives et la préparation des repas. Mercredi après-midi, sa fille cadette reste avec l'assurée. L'assurée se rend en physiothérapie [...] 2x/semaine. Sa maman venait toutes les 2 semaines mais elle a eu le Covid donc ne vient plus pour le moment et sa sœur venait passer un WE parfois.

Neuropsychologie : l'assurée se plaint de pertes de mémoire depuis 2020, avec une IRM demandée par un neurologue [...]. Elle présente une discrète leucoencéphalopathie. Elle commande seule sur internet ses commissions lourdes, sans aide.

Mobilité : elle présente des tremblements par moment, peine à bouger. L'assurée utilise un fauteuil roulant manuel simple depuis 01.2020, avec aide à la propulsion depuis 10.2020 et avant cela, elle

se déplaçait avec une canne simple. Si elle se déplace dans le corridor, elle le fait en FR et sinon, elle utilise sa canne et se tient aux murs pour aller aux WC. Elle est équipée d'un Sécutel depuis 10.2020. L'assurée présente de l'arthrose, de l'ostéoporose, comme si elle était une femme de 85 ans. Elle n'a plus de dent et devrait subir une opération sur les os de la mâchoire. Elle a l'accord de l'assurance maladie mais attend celui des PC [réd. : prestations complémentaires] (demande faite en 11.2020). Elle présente une limitation dans les épaules du fait de douleurs et limite ses mouvements pour éviter de faire bouger son taux de sucre trop rapidement. [...] »

b) Eu égard à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, la recourante a relaté un besoin d'aide, au minimum ponctuellement, pour la plupart des fonctions desdits actes. Cela étant, l'enquêtrice de l'intimé a exclu la prise en compte d'une assistance pour la réalisation des actes « se lever/s'asseoir/se coucher », « manger » et « aller aux toilettes », observant que la recourante était en mesure d'effectuer seule ses transferts, de s'alimenter par ses propres moyens à réception des repas confectionnés par le CMS et de se rendre aux toilettes seule, sauf en cas d'hypoglycémie sévère (cf. rapport d'enquête du 18 janvier 2021, points 4.1.2, 4.1.3 et 4.1.5, p. 4 et 6). Relativement aux actes « se vêtir/se dévêtir », « faire sa toilette » et « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », l'enquêtrice de l'intimé a rapporté ce qui suit (cf. ibidem, points 4.1.1, 4.1.4 et 4.1.5, p. 4 et 6) :

« [...] **4.1.1 Se vêtir**

Genre d'aide (description précise)

Aide mentionnée depuis 2016 par sa fille.

Chaque matin, le CMS ou la femme de ménage l'aide pour se vêtir. Le soir, sa femme de ménage l'aide à se dévêtir. L'assurée ne peut enlever qu'un vêtement dans la journée si elle a trop chaud par exemple. Elle indique qu'en prenant son temps, elle peut se vêtir et se dévêtir seule. Toutefois, même en prenant son temps, elle se met en danger quant au taux de sucre dans les minutes qui suivent et a des douleurs dans les épaules qui l'empêchent d'être autonome. Elle est donc aidée quotidiennement par le CMS depuis 10.2020 et la femme de ménage depuis 08.2020. L'assurée fait remonter le besoin d'aide depuis 20 ans. 2016 a été indiqué car elle avait déposé une demande API [réd. : allocation pour impotent], sans y avoir droit alors qu'elle avait déjà de l'aide. Au vu des informations du CMS, l'assurée est aidée quotidiennement depuis 08.2020, soit depuis la problématique diabétique.

[...]

4.1.4 Faire sa toilette

[...]

Se coiffer

Genre d'aide (description précise)

Le CMS ou sa femme de ménage la coiffe du fait que son MSD [réd : membre supérieur droit] lâche et qu'étant droitière, elle n'y arrive pas avec la main G [réd : gauche]. Nous ne retenons toutefois pas le besoin d'aide, les limitations fonctionnelles n'expliquant pas ces difficultés.

Se baigner / se doucher

Genre d'aide (description précise)

Aide mentionnée depuis 2017 par le CMS.

Le CMS ou la femme de ménage l'aide pour la douche, pour le réglage de la température de l'eau, du fait du manque de sensation dans les mains et les pieds. Elle a une baignoire avec une planche de bain. Elle s'assied seule dessus, puis elle est aidée de manière directe pour passer les jambes dans la baignoire. L'assurée se lave seule le torse, la poitrine, la petite toilette, assise. Elle se met debout, tenue par le CMS et se lave le siège. Le CMS ou la femme de ménage l'aide pour les autres parties du corps, du fait de l'effort que cela demande, entraînant un risque de modification rapide du taux de sucre la mettant en danger. Sa fille lui lave les cheveux avec un bac gonflable, du fait de l'effort que cela lui demande, la mettant en danger (risque de malaise diabétique). Le CMS intervient depuis 10.2020 pour la douche et avant cela, sa fille aidait depuis 02.2020 pour l'arrière du corps, l'arrière de la tête. Elle avait un siège de bain avec une poignée qui ne l'aidait pas, contrairement à la planche de bain mais qui ne réduit pas le dommage. Elle indique qu'elle était aidée pour la douche depuis la naissance de sa fille.

[...]

4.1.6 Se déplacer

Dans l'appartement (y compris les escaliers)

Genre d'aide (description précise)

L'assurée se déplace seule avec son fauteuil roulant ou avec sa canne, se tenant aux murs.

A l'extérieur

Genre d'aide (description précise)

Aide mentionnée depuis 2016 de sa fille et d'une amie.

L'assurée se déplace avec un fauteuil roulant manuel depuis 01.2020 et avec une aide à la propulsion électrique depuis 09.2020. Elle sort parfois seule, se rendant [...], pouvant prendre le train (le matin de l'évaluation, elle s'est rendue à [...] seule), le bus. Toutefois, l'usage d'un fauteuil roulant la met face à des barrières architecturales, ce qui permet d'admettre un besoin d'aide pour cet acte. Elle devait être accompagnée à tous ses RDV jusqu'à la mise en place de l'assistance à la propulsion du fait de l'énergie que cela demandait. »

c) Concernant enfin la question de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'enquêtrice de l'intimé a pris en considération les éléments suivants :

« [...] L'assurée vit seule et ne serait pas placée sans accompagnement.

En effet, elle organise tous ses RDV, les note dans son agenda papier, les déplace au besoin. Elle structure seule ses journées. Elle a tout organisé en cas de décès, se rend au [...] avec qui elle fait des

démarches pour sa fille, se charge de ses papiers de divorce. Elle a son natel, avec l'application [...] et elle gère ses factures, parfois elle fait des erreurs, aussi elle a donné procuration à son beau-fils qui peut contrôler et corriger au besoin. Elle a fait des virements automatiques pour certains paiements réguliers. Elle a pris RDV avec [...] pour faire une assurance vie pour son petit-fils. Elle a appelé la police en cas de souci (cambrioleur montant à sa fenêtre). En cas de difficulté médicale, elle interpelle son médecin. L'assurée effectue ses courriers à l'AI et se fait aider pour des démarches complexes par son beau-fils au besoin. L'assurée peut réchauffer au four à micro-ondes un plat préparé, connaît les aliments adaptés à sa problématique, sait agir en cas de modification du taux de sucre ayant mis à disposition du sucre partout dans l'appartement. Elle remplit les semainiers pour 2 semaines avec sa femme de ménage. L'assurée s'est achetée un petit appareil qui lui permet de faire une petite vaisselle, se fait un café, a un thermomix qu'elle peut utiliser, ayant un petit banc à côté pour s'y installer. L'assurée commande par internet pour se faire livrer des commissions, peut faire une liste de ce qui lui manque. Elle se rend seule à ses RDV médicaux. L'assurée a engagé une femme de ménage qui l'aide pour ses soins de base 4 matins/semaine et les soirs, qui lui prépare les repas, lui fait le ménage et les lessives. Son beau-fils l'aide pour certaines démarches complexes mais elle fait ses démarches elle-même. Elle indique avoir des troubles de mémoire mais fait face à son quotidien à ce jour. Les conditions de l'accompagnement ne sont pas remplies à ce jour. [...] »

12. En l'espèce, on peut d'emblée observer que les atteintes à la santé somatiques dont se prévaut la recourante pour justifier les difficultés rencontrées dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, le besoin de soins et d'accompagnement, ne sont étayées par aucune pièce médicale spécialisée versée au dossier. On dispose certes des nombreuses attestations rédigées par les Drs G._____, H._____ et J._____, ainsi qu'un rapport établi par cette dernière le 13 décembre 2021. Cela étant, ces divers documents ne fournissent aucune précision sur la nature exacte des atteintes à la santé, sur leur survenance, sur leur prise en charge et sur les limitations fonctionnelles en découlant. On peut en effet s'étonner de l'absence de tout rapport émanant de médecins spécialistes, en particulier sur le plan neurologique, rhumatologique et endocrinologique, au vu de la sévérité du tableau clinique présenté par les médecins généralistes (leucoencéphalopathie, ostéoporose et hypoglycémies brutales). On relèvera d'ailleurs que la Dre J._____ a expressément envisagé d'organiser des consultations spécialisées (cf. rapport du 13 décembre 2021). Quoi qu'il en soit, en l'état du dossier, aucune pièce médicale

suffisamment étayée ne permet de légitimer les importantes restrictions alléguées par la recourante dans la réalisation des actes ordinaires de la vie et l'assistance substantielle qui lui est prodiguée par le CMS, sa femme de ménage ou sa fille. Dans ce contexte, les avis établis par le SMR, notamment celui du 7 juillet 2022, ne sont d'aucun secours, dans la mesure où ce service s'est limité à constater l'absence d'éléments médicaux, ce qui revient à mettre en évidence les lacunes de l'instruction médicale du cas de la recourante. Il n'apparaît pas possible, à ce stade, de se fonder sur les observations contenues dans le rapport d'enquête du 18 janvier 2021, étant donné que l'enquêtrice de l'intimé a pris en considération les allégations de la recourante sans disposer d'une évaluation médicale circonstanciée lui permettant de fixer objectivement les difficultés de la recourante. A cet égard, on relèvera que l'enquêtrice de l'intimé suggérait précisément de solliciter le SMR quant à la justification médicale des prestations d'aide revendiquées et quant à la date à laquelle il convenait de les prendre en considération, ce que le SMR n'a pas été en mesure de déterminer.

13. Il convient, par ailleurs, de relever que le volet psychiatrique du cas de la recourante - en particulier en lien avec la question de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie - est également insuffisamment instruit. On soulignera en effet, à l'instar de la recourante, que celle-ci a fait l'objet d'une expertise psychiatrique datant de 2005, à l'issue de laquelle le Dr C._____ avait retenu des diagnostics d'un degré de gravité certain (troubles schizo-affectifs et troubles de la personnalité). Or, dans le résumé d'investigation du 24 mai 2022, la Dre L._____ du Centre hospitalier D._____ a derechef fait état de troubles de la personnalité et invité la recourante à poursuivre un suivi spécialisé auprès du Centre K._____. On ignore en l'état si tel a bien été le cas, l'intimé n'ayant pas requis de rapport auprès dudit centre. Dès lors, il n'est pas davantage possible de déterminer si les nombreuses difficultés alléguées par la recourante dans les actes courants de la vie quotidienne seraient consécutives à des problèmes de santé psychique.

14. Compte tenu des lacunes du dossier constitué dans le cas de la recourante, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur son droit à une allocation pour impotent, singulièrement sur la nécessité d'une assistance pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne, de soins médicaux et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

15. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il

s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

16. Vu la violation de son devoir d'instruction par l'intimé, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour la compléter sur le plan médical. En particulier, il lui incombera d'actualiser les pièces médicales, en sollicitant notamment les éventuels rapports de médecins spécialistes, de nature à fournir des précisions sur le tableau clinique objectif présenté par la recourante. Ensuite, il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de la recourante, destinée à investiguer les atteintes à la santé dont elle souffre et les limitations fonctionnelles en découlant, ainsi que les conséquences de ces atteintes en termes d'impotence (accomplissement des actes ordinaires de la vie, soins médicaux, accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie). Dite expertise devra - à tout le moins - comporter des volets rhumatologique, neurologique, psychiatrique et de médecine interne générale, voire endocrinologique, les experts mandatés devant avoir la liberté d'adjoindre un examen de toute autre spécialité susceptible d'entrer en ligne de compte (par exemple un examen neuropsychologique). En fonction des résultats de l'expertise, l'intimé déterminera si une nouvelle enquête au domicile de la recourante s'avère nécessaire.

17. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 7 février 2023 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

(art. 61 let. g LPGA). Etant donné l'importance et la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la porter à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (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 :